



Universidade do Minho
Instituto de Educação e Psicologia

Rodrigo da Cunha Teixeira Lopes

**O Desenvolvimento da Teoria da Mente em
Psicoterapeutas: Um estudo empírico**



Universidade do Minho

Instituto de Educação e Psicologia

Rodrigo da Cunha Teixeira Lopes

O Desenvolvimento da Teoria da Mente em Psicoterapeutas: Um estudo empírico

Tese de Mestrado em Psicologia

Área de Especialização em Psicologia Clínica

Trabalho realizado sob a orientação da

Professora Doutora Eugénia M. Fernandes

Fevereiro de 2009

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE

Universidade do Minho, ___/___/_____

Assinatura: _____

A Clarisse, por tudo.

Agradecimentos

A querida Professora Doutora Eugénia Fernandes, pelo entusiasmo com que me recebeu como orientando e pelo incentivo que deu a estudar o psicoterapeuta. Seu encorajamento e empatia foram fundamentais para que eu conseguisse chegar até o fim desse projecto.

Ao professor Doutor Miguel Gonçalves, por todo o incentivo em terminar essa tese e seguir trilhando novos caminhos.

Ao Professor Doutor Óscar Gonçalves, responsável por todo o excelente acolhimento que tive na Universidade do Minho, antes mesmo de chegar aqui. Também foi fundamental o seu incentivo em levar a cabo esse tema.

Ao Professor Doutor Paulo Machado, pela inspiração e pelo incentivo inicial.

Ao Paulo Lacerda, Adauto Vilela e equipe da Actra Traduções, pelo apoio dado na tradução do Teste de Leitura dos Olhos para o português do Brasil e as Dras. Joana Senra e Raquel Ferreirinha, pelo apoio nas primeiras tentativas de tradução.

A mestre Kelly Cristina Atalaia da Silva, pelas consultorias.

As minha alunas da Universidade Federal de Juiz de Fora e futuras psicólogas Alessandra Larcher dos Santos, Jaqueline, Verônica Casela, Márcia Freitas, Marina Castro, Maiara Brasil e ao meu amigo Alexandre Stephan Farhat Jorge, pela grande ajuda com a recolha dos dados junto aos estudantes.

A amiga psicóloga Priscilla Batista, por toda a ajuda e incentivo para o trabalho com a Teoria da Mente.

Ao *web designer* Giuseppe Leonardi Germoglio e ao programador Victor Joseh, pelo empenho e pela vontade de aprender, que na construção e manutenção do *site* foram fundamentais.

Ao Professor Doutor David Orlinsky, pelo *feedback* e pelo constante incentivo em continuar investigando quem somos.

Ao Dr. Simon Baron-Cohen e à Dra. Isabel Dziobek, pelas luzes na discussão dos resultados.

A todos os participantes da investigação por terem gasto do seu precioso tempo com essa investigação, principalmente àqueles que ainda tiveram a boa vontade de indicar novos potenciais participantes.

As Dras. Joana Coutinho, Joana Silva, Raquel Mesquita e Inês Mendes, as colegas-amigas que sempre torceram por mim e fizeram a minha estadia nesse país mais divertida.

A minha família pelo apoio incondicional das minhas escolhas.

A Clarisse, um grande de exemplo de empatia, que me estimulou a navegar novos oceanos e esteve ao meu lado o tempo todo.

O Desenvolvimento da Teoria da Mente em Psicoterapeutas: um estudo empírico

Resumo

Já é bastante reconhecida a importância das características pessoais do psicoterapeuta no processo e resultado da psicoterapia. Por essa razão, justificam-se os estudos voltados para o conhecimento de quem é a pessoa do psicoterapeuta. É também reconhecida a importância que a empatia do psicoterapeuta tem para o processo terapêutico.

Notamos estudos que apontam para uma alta associação entre a forma como o cliente percebe seu terapeuta em termos de empatia e calor e com a aliança terapêutica e os resultados da psicoterapia. Ao mesmo tempo, poucos estudos avaliam de facto o desenvolvimento dessa competência terapêutica. Em menor número ainda estão os estudos que tentam avaliar de um ponto de vista objectivo e que tentam correlacionar a competência empática com o treino e o nível de experiência como psicoterapeuta.

Essa dissertação de mestrado apresenta um estudo cujo objectivo foi avaliar até que ponto um componente cognitivo da empatia (a Teoria da Mente de primeira ordem) se desenvolve ao longo da carreira profissional do psicoterapeuta e se há alguma relação com o treino e a prática da profissão.

Para isso, 133 psicoterapeutas brasileiros em diferentes estágios em suas carreiras (desde estagiários em psicologia clínica até psicoterapeutas novatos e seniores) e dois grupos controles (estudantes e profissionais de ciências exactas) responderam a uma tarefa de Teoria da Mente, o Teste de Leitura dos Olhos. Para caracterizar a amostra de psicoterapeutas foram utilizadas partes do Questionário Comum de Desenvolvimento dos Psicoterapeutas.

Não foi encontrada nenhuma associação significativa entre o treino e a prática da psicoterapia com a competência em inferir estados mentais em outras pessoas a partir da expressão dos olhos.

Essa dissertação apresenta e discute os resultados encontrados e as implicações desse estudo. Para situar nosso estudo na investigação empírica actual, descrevemos o estado da arte da investigação relacionada com as características do psicoterapeuta, especialmente aquelas que são afectadas pela prática da psicoterapia. Também apresentamos algumas visões sobre o desenvolvimento dos psicoterapeutas e alguns estudos sobre o treino e desenvolvimento da empatia e Teoria da Mente nessa população.

Palavras-chave: Empatia, Teoria da Mente, Cognição Social, Psicoterapeuta, Desenvolvimento profissional

Abstract

It is well recognized the importance of psychotherapist characteristics on the psychological treatment. We see studies pointing out that the way patients perceive their therapists in terms of more or less empathic is crucial to the therapeutic alliance and the success of therapy. In the same time, only few studies actually evaluate this ability in therapists in objective terms, or correlate the development of this ability with the practice or training of psychotherapy. This dissertation presents a study in which the aim was to evaluate in what extend a cognitive component of empathy (Theory of Mind) develops along the professional carrier of psychotherapists and its relationship with professional training and practice.

Brazilian therapists in different stages in their carrier (undergraduate students in professional training in clinical psychology, young and experienced psychotherapists) and two control groups (students and professionals in mathematics sciences) have answered the Portuguese version of the "Reading the Mind in the Eyes Test". To characterize our sample of therapists we have used parts of the Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire.

We didn't find any significant association between practice of therapy and the ability of evaluate emotional states in other people through the expression of the eyes.

This master dissertation presents and discusses the results and implications of the study. To situate this empirical research within the literature, we describe the current state of art of psychotherapy research, with special emphasis in the research concerning therapists characteristics, particularly those that are enhanced or developed with the practice of psychotherapy. We also present some views about the development of psychotherapists and studies related to the development and training of empathy and theory of mind in this population.

Key words: Empathy, Theory of Mind, social cognition, psychotherapist, professional development

Índice

Introdução.....	18
Parte 1. Enquadramento Teórico-empírico	22
1. O estudo do psicoterapeuta na investigação em psicoterapia.....	23
Introdução.....	23
1.1. Características do psicoterapeuta na investigação em psicoterapia	25
1.1.1. <i>As motivações para se tornar um psicoterapeuta</i>	30
1.1.2. <i>Efeitos negativos na pessoa do psicoterapeuta advindos da prática da psicoterapia</i>	33
1.1.3. <i>Efeitos positivos na pessoa do terapeuta advindos da prática da psicoterapia</i>	39
1.2. Algumas abordagens sobre como o psicoterapeuta se desenvolve	45
1.2.1. <i>A visão de desenvolvimento focada na aquisição de competências</i>	45
1.2.2. <i>O modelo de complexidade do psicoterapeuta</i>	47
1.2.3. <i>O modelo de Orlinsky & Rønnestad</i>	50
Síntese	56
2. O estudo da Empatia e da Teoria da Mente no Psicoterapeuta	57
2.1. Empatia: história e alguns conceitos	58
2.2. A Teoria da Mente.....	61
2.2.1. <i>O conceito de Teoria da mente</i>	61
2.2.2. <i>Enquadramento histórico do conceito de Teoria da Mente</i>	63
2.2.3. <i>Desenvolvimento da Teoria da Mente</i>	64
2.3. Empatização x Sistematização	67
2.3.1. <i>Diferenças entre géneros</i>	68
2.3.2. <i>Diferenças entre profissionais</i>	69
2.4. Empatia e Teoria da Mente no psicoterapeuta.....	72
2.4.1. <i>O estudo da empatia na psicoterapia</i>	72
2.4.2. <i>O desenvolvimento da Empatia e do Teoria da Mente nos psicoterapeutas</i> 75	

Síntese	80
Parte 2. Estudo empírico: O Desenvolvimento da Teoria da Mente em Psicoterapeutas	81
Introdução.....	82
Justificativa.....	83
Hipóteses	83
3. Método	85
3.1. Participantes.....	85
3.1.1. <i>Caracterização da amostra global</i>	85
3.1.2. <i>Caracterização do grupo de psicoterapeutas e estagiários em psicologia clínica</i>	87
3.1.2.1. <i>Identidade profissional</i>	88
3.1.2.2. <i>Tempo de prática em psicoterapia</i>	89
3.1.2.3. <i>Prática profissional recente</i>	90
3.1.2.4. <i>Tipo de treino predominante</i>	91
3.2. Instrumentos.....	93
3.2.1. <i>Questionário adaptado do Questionário Comum de Desenvolvimento de Psicoterapeutas</i>	93
3.2.2. <i>Teste de leitura dos olhos</i>	93
3.2.2.1. <i>Tradução e adaptação do Teste de Leitura dos Olhos para o Português</i> ..	96
3.2.2.2. <i>Itens do TLO utilizados para a análise dos dados</i>	97
3.3. Procedimentos.....	99
3.4. Análise dos dados.....	101
4. Resultados.....	102
4.1. Diferenças entre gêneros.....	102
4.2. Idade e Resultado do TLO.....	103
4.3. Categoria profissional e o resultado do TLO.....	104
4.3.1. <i>Diferenças entre profissionais das ciências psicológicas e profissionais das ciências exactas</i>	105

4.3.2. <i>Diferenças entre os estudantes de psicologia e estudantes das ciências exactas</i>	106
4.3.3. <i>Diferenças entre os estudantes de psicologia e os psicoterapeutas</i>	107
4.3.4. <i>Diferenças entre os psicoterapeutas e os profissionais das ciências exactas</i>	108
4.3.5. <i>Diferenças entre os psicoterapeutas em relação ao nível de experiência</i> ..	109
4.4. Tempo de prática em psicoterapia e resultado do TLO.....	111
4.5. Tipo de treino recebido e o resultado do TLO.....	111
5. Discussão	113
Síntese final	120
Referências	122
Anexos.....	130

Lista de Quadros

Quadro 1.1: Classificação das variáveis dos psicoterapeutas

Quadro 1.2: O modelo desenvolvimental de Stoltenberg (1981)

Quadro 1.3: Sumário das dimensões do trabalho terapêutico

Quadro 3.1: Características demográficas da amostra global

Quadro 3.2: Características demográficas da amostra dos psicoterapeutas

Quadro 3.3: Identidade profissional dos psicoterapeutas

Quadro 3.4: Tempo de prática em psicoterapia dos psicoterapeutas

Quadro 3.5: Atividade clínica no último ano estimada pelos participantes (em número médio de clientes)

Quadro 3.6: Caracterização dos psicoterapeutas quanto ao tipo de treino que tiveram

Quadro 3.7: Taxa de acertos dos itens do Teste de Leitura dos Olhos, em ordem crescente de dificuldade

Quadro 3.8: Critérios de Exclusão da amostra e número de casos excluídos

Quadro 4.1: Diferenças entre o sexo masculino e feminino no resultado do TLO na amostra global

Lista de Figuras

Figura 3.1: Apresentação online do Teste de Leitura dos Olhos, tal como aparecia para o utilizador

Figura 3.2: Apresentação online do Teste de Leitura dos Olhos, incluindo uma janela do glossário

Lista de Gráficos

Gráfico 2.1: Reconhecimento emocional de terapeutas e estagiários em psicologia clínica nas três condições experimentais (Machado, Beutler & Greenberg, 1999, p. 51).

Gráfico 4.1: Influência da idade do participante no resultado do TLO

Gráfico 4.2.: Resultado médio do TLO nas diferentes categorias profissionais da amostra global

Gráfico 4.3.: Diferenças entre os participantes das ciências psicológicas e os participantes das ciências exactas

Gráfico 4.4.: Diferenças entre estudantes de psicologia e estudantes das ciências exactas no resultado do TLO

Gráfico 4.5: Diferenças entre os estudantes de psicologia e os psicoterapeutas no resultado do TLO

Gráfico 4.6: Diferenças entre os psicoterapeutas e os profissionais das ciências exactas

Gráfico 4.7: Diferenças do desempenho dos terapeutas de diferentes níveis de experiência

Gráfico 4.8: Influência do tempo de prática em psicoterapia na amostra dos psicoterapeutas no resultado do TLO

Gráfico 4.9.: Médias do resultado do TLO dos psicoterapeutas de acordo com o tipo de treino que receberam

Lista de Anexos

Anexo 1. Apresentação do questionário para os participantes

Anexo 2. Ficha de Identificação do Participante

Anexo 3. Adaptação do Questionário Comum de Desenvolvimento de Psicoterapeutas

Anexo 4. Glossário do Teste de Leitura dos Olhos

Introdução¹

A motivação para estudar o desenvolvimento dos psicoterapeutas partiu, antes de tudo, do facto de ser eu próprio um psicoterapeuta em formação e por ter participado de maneira muito próxima da formação de futuros psicoterapeutas, como professor. Um marco teórico inicial da minha curiosidade sobre esse tema foi quando me deparei com a ideia de Guy (1987) de que os psicoterapeutas, pela natureza da profissão que praticam, em termos relacionais, estariam sujeitos a um “crescimento pessoal significativo”, se comparado com outras profissões. Mahoney (1998), veio a chamar esse processo de “desenvolvimento psicológico acelerado” (p. 340) quando falava dos “privilégios e enriquecimentos da clínica” (p. 319), em contraste com todos os efeitos nocivos desta profissão. Essa ideia teve um forte impacto em meu desenvolvimento profissional e ao mesmo tempo, pessoal, por ter me alertado para a grandeza e para a responsabilidade do empreendimento profissional que eu havia acabado de iniciar.

Quando fiz a escolha de vir para a Universidade do Minho fazer o mestrado, esta foi fortemente motivada por um trabalho aqui desenvolvido que abordava uma questão bastante curiosa sobre as habilidades naturais ou adquiridas desses profissionais: “os terapeutas nascem ou fazem-se” (Consoli & Machado, 2004)? Descobri também que não estava sozinho quando constatei num importante estudo multicêntrico sobre o desenvolvimento profissional dos psicoterapeutas em que 86% da amostra de quase 5.000 profissionais se diziam altamente motivados para se desenvolverem ainda mais, o que indica o interesse no tema.

De facto, o interesse em estudar o desenvolvimento de características pessoais dos psicoterapeutas parece fazer um enorme sentido para a investigação, a prática e o treino em psicoterapia. Dentre as profissões de ajuda, a psicoterapia apresenta uma intrigante peculiaridade: apesar da importância das técnicas no tratamento, a relação que se estabelece entre o profissional e o cliente é um fator crucial para o resultado do trabalho, podendo essa relação limitar ou fortalecer o efeito da intervenção (Orlinsky & Rønnestad, 2005; Horvath, 2006). Tanto em termos de resultados alcançados com a

¹ Esta dissertação foi escrita em português do Brasil salvo a ortografia, que respeitou as normas do registo português da língua.

psicoterapia, como em termos dos processos terapêuticos envolvidos, um desafio constante para o investigador em psicoterapia é justamente conseguir separar os efeitos das técnicas ou procedimentos terapêuticos das características pessoais do psicoterapeuta que os aplica (Elkin, 1997). A questão que se coloca a partir dessa constatação é: “será possível *separar a dança do dançarino*” (Yeats, 1952, cit. Orlinsky & Rønnestad, 2005, p. 6)?

E de facto, apesar da investigação em psicoterapia ter investido boa parte de seus recursos nas técnicas e procedimentos terapêuticos (Orlinsky & Rønnestad, 2005) é também bastante reconhecido na literatura a importância das características pessoais do terapeuta no estabelecimento da relação que se estabelece com o cliente (Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004) e, conseqüentemente, no resultado final do tratamento psicológico (Beutler, Machado & Neufeldt, 1994; Beutler et al., 2004; Lambert, 1989). Por esse mesmo motivo existe ainda a necessidade de se estudar em maior detalhe algumas dessas características dos terapeutas que estariam relacionadas com uma maior ou menor eficácia de seu trabalho. Ora, se sabemos que as características da pessoa do psicoterapeuta são responsáveis por parte do resultado obtido, um passo natural é voltarmos a nossa atenção para esse grupo de indivíduos e sentirmo-nos curiosos em saber que peculiaridades podem ter que os diferenciam de outros profissionais.

A habilidade empática do terapeuta mostra-se especialmente interessante nesse aspecto. Já há muito estudada pelos investigadores em psicoterapia em diferentes perspectivas teóricas (Falcone, 1999; Bohart & Greenberg, 1997; Orlinsky & Rønnestad, 2005), é sugerida como um dos principais factores para o estabelecimento de uma relação terapêutica de qualidade. Paradoxalmente, esse continua sendo um campo pouco explorado e muitos defendem que é merecida uma maior atenção dos investigadores em psicoterapia (Duan & Hill, 1996; Greenberg & Bogart, 1999; Orlinsky & Rønnestad, 2005).

Sendo assim, o objectivo geral do presente estudo é perceber se a empatia do psicoterapeuta se desenvolve ao longo da sua carreira profissional e se existe alguma relação com o treino que recebe ou com o exercício da profissão. Em outras palavras, tratando-se de conseguir “caminhar nos *moccasins* do outro”, como denominam os nativos norte-americanos (Ivey, Ivey & Simek-Morgan, 1993), os psicoterapeutas “fazem-se”, por intermédio dos programas de treino que recebem ao longo de suas

carreiras e da prática profissional? Ou será essa habilidade simplesmente uma característica com a qual eles simplesmente nascem ou não nascem? Ao longo desse estudo procurámos perceber em que medida a prática profissional modifica o psicoterapeuta, mais especificamente, no desenvolvimento de suas habilidades empáticas.

Dada a complexidade e a multiplicidade de definições do conceito de empatia (Greenberg & Bohart, 1997; Duan & Hill, 1996) delimitamos nossa análise à esfera cognitiva da empatia. Um conceito bem delimitado e coerente com a nossa proposta de trabalho é o conceito de Teoria da Mente (ToM) (Hassenstab et al., 2007). Este é definido como a “habilidade de atribuir uma ampla gama de estados mentais aos outros e a nós mesmos e de usar essas atribuições para dar sentido e prever comportamentos” (Baron-Cohen, 1999, p. 241). Além disso, esse conceito conta com uma medida operacionalizada que permite avaliá-la do ponto de vista não-verbal. Note-se que esse foi justamente o aspecto mais significativo em que os terapeutas experientes superaram os estudantes de psicologia clínica no estudo de Machado, Beutler & Greenberg (1999). Tendo em conta essas opções, a nossa pergunta central nesta dissertação é: pode a habilidade em atribuir estados mentais a partir de pistas não-verbais dos psicoterapeutas ser incluída no “desenvolvimento psicológico acelerado”, tal como hipotetizado por Guy (1987) e Mahoney (2001)?

Para essa finalidade, em nosso estudo empírico comparámos terapeutas experientes com os menos experientes e com estudantes de psicologia no desempenho de uma tarefa de ToM. Além disso, foram feitas comparações entre o grupo de psicoterapeutas e um grupo de profissionais de ciências exatas, assim como o grupo de estudantes de psicologia com estudantes de ciências exatas, dada a grande diferença da natureza da formação e das actividades exercidas por essas classes profissionais.

Além das justificações do ponto de vista da investigação da psicoterapia e do treino de psicoterapeutas, o nosso estudo pretende contribuir para o desenvolvimento da área da ToM, uma vez que iremos trabalhar com uma população que supostamente teria essa habilidade cognitiva bastante desenvolvida (Dziobek et al., 2005). O conceito de empatia é muitas vezes associado directamente com a imagem do psicoterapeuta chegando a ser uma vaidade da profissão (Shlien, 1997). Resta saber se estes

profissionais constituem de facto um subgrupo de indivíduos com capacidades extraordinárias de cognição social.

Para enquadrar teoricamente o estudo empírico que será apresentado na segunda parte da presente dissertação, iremos em um primeiro momento fazer uma revisão da literatura actual das duas áreas para as quais pretendemos contribuir: a) a investigação em psicoterapia, com ênfase na investigação das variáveis e características pessoais dos terapeutas, que será feita no capítulo 2, e b) o tema da empatia no estudo do psicoterapeuta com ênfase na perspectiva da ToM, apresentada no capítulo subsequente (Capítulo 3). Ao final do capítulo 3, apresentamos o estado da arte dos estudos que, como nós, buscaram compreender o desenvolvimento da empatia no psicoterapeuta.

Parte 1. Enquadramento Teórico-empírico

1. O estudo do psicoterapeuta na investigação em psicoterapia

Introdução

“O psicoterapeuta faz a diferença”. É o que anuncia enfaticamente Luborsky (1997), em um dos artigos da série especial sobre as variáveis do terapeuta da revista norte-americana *Clinical Psychology: Science and Practice*, de 1997. Não foi essa a única vez em que um importante veículo científico da investigação em psicoterapia dedica um espaço para a apresentação de trabalhos focados na importância das características do psicoterapeuta (e.g., Lambert, DeJulio & Stein, 1978; Beutler, Machado & Neufeldt, 1994; Beutler, 1995; Beutler et al., 2004; Rønnestad & Ladany, 2005).

Sendo a psicoterapia definida por “um envolvimento contratado deliberadamente [entre duas pessoas] para alterar o estado psicológico de uma das partes” (Orlinsky & Howard, 1987, cit. Orlinsky & Rønnestad, 2005, p. 43) é intrigante como nem sempre as variáveis específicas dos terapeutas são tidas como prioridade em estudos de eficácia e eficiência da psicoterapia (Beutler et al., 2004). Não menosprezando o efeito da relação entre profissional e paciente na fisioterapia ou na odontologia, por exemplo, mas ao nosso ver as atitudes perante a vida, a compreensão de significados e as competências interpessoais do profissional nos parecem estar muito menos em jogo nestas profissões. Quando procurados, por exemplo, para o alívio da dor as ferramentas que o profissional precisa ter para tratar esse tipo de problema estão muito mais ligadas ao funcionamento fisiológico da dor, na detecção de factores causais e na aplicação de técnicas disponíveis. Em um estudo que iremos mencionar em maiores detalhes nesta dissertação, Orlinsky & Rønnestad (2005) apresentam um dado curioso: os psicoterapeutas citam como um dos factores mais cruciais para o seu desenvolvimento profissional suas experiências de vida pessoais, o que ilustra a afirmação de que “ser psicoterapeuta envolve uma peculiar associação entre o papel profissional e a vida pessoal” (Tavares, 2008, p. 146).

É baseado nessa idéia que se compreende o interesse recorrente dos investigadores em saber mais sobre quem é o psicoterapeuta, contrariamente ao que parece acontecer em outras profissões onde a componente técnicas é mais objectiva e diferenciada da pessoa do profissional e mesmo numa parte da investigação em psicoterapia que parece ter negligenciado esse importante aspecto (Elkin, 1997).

O primeiro capítulo desta dissertação tem por objectivo sumariar alguns tópicos que têm sido investigados em relação ao psicoterapeuta. Pretendemos com isso, antes de mais nada, argumentar a favor da importância de se estudar características do psicoterapeuta para a investigação em psicoterapia.

Neste capítulo, iniciamos por mencionar a investigação que toma o psicoterapeuta como variável independente em psicoterapia. Faremos apenas uma breve referência às variáveis dos terapeutas, de modo a sublinhar a importância do seu estudo na investigação em psicoterapia em geral, apesar da relativa relevância para o nosso estudo e dadas as limitações de espaço na escrita deste trabalho.

Uma outra linha de investigação, muito menos explorada até ao momento é aquela que tem o terapeuta como variável dependente. Alguns autores (Fernandes & Gonçalves, 1999) defendem que a partir do momento em que o interesse da investigação em psicoterapia passa a ser a dimensão relacional, é natural que a pessoa do terapeuta passe a ter uma importância maior. Essas pesquisas seguem dois focos principais: perceber o impacto da prática da psicoterapia no terapeuta e conhecer em maior profundidade qual é o tipo de pessoa que está por trás do profissional e como se desenvolve. Por fim, apresentaremos alguns modelos de desenvolvimento profissional do psicoterapeuta descritos na literatura.

1.1. Características do psicoterapeuta na investigação em psicoterapia

Com a grande influência dos tratamentos manualizados, os investigadores passaram as últimas décadas sem olhar tanto para as características dos psicoterapeutas e focaram na eficácia das técnicas psicoterapêuticas (Beutler et al., 1994; Orlinsky & Rønnestad, 2005), contrariamente ao que era feito nos primórdios da investigação em psicoterapia. Esse fenómeno levou ao que Kiesler (1966, cit. Elkin, 1997) chamou de o “mito da uniformidade do terapeuta”, normalmente assumido na investigação de eficácia em psicoterapia quando o foco é a técnica. Ao manualizar os tratamentos para os problemas psicológicos, manualizou-se também o psicoterapeuta.

Ao mesmo tempo, há amplo apoio empírico para a importância dos factores inespecíficos em psicoterapia, dentro dos quais estão incluídas as características dos psicoterapeutas (Lambert & Barley, 2001).² Enquanto clínicos e investigadores é importante termos presente que da mesma forma que as características dos psicoterapeutas podem beneficiar a intervenção com um cliente específico, a literatura reporta que o contrário é também verdadeiro, o que é mais um ponto a favor de se estudar em detalhes as características dos psicoterapeutas. Assim, a pergunta que se segue é a de quais seriam os atributos que tornam alguns psicoterapeutas mais eficazes que outros. Provavelmente nenhuma característica sozinha é responsável pela eficácia ou o impacto negativo dos psicoterapeutas (Beutler et al., 2004).

Como um exemplo dos estudos sobre a variável da experiência clínica, Lambert (2003, cit. Aveline, 2005, p. 159) mostra a diferença entre um terapeuta experiente com treino em intervenções breves com a média de clínicos jovens do mesmo serviço de consulta psicológica ligado a uma universidade. O terapeuta, com ampla experiência em terapia breve, consegue os mesmos resultados que os colegas, entretanto, de forma muito mais rápida.

² Como curiosidade, nesse estudo de grande impacto na investigação em psicoterapia actual, Lambert & Barley (2001) demonstram a partir de meta-análises que os “factores inespecíficos”, como as variáveis da pessoa do terapeuta) seriam responsáveis por 30% eficácia da terapia, superando os factores chamados de específicos (ou seja, a técnica x ou y), que foram responsáveis por 15% da mudança. Factores do cliente, como a expectativa que ele tinha em relação ao tratamento, e factores “extraterapêuticos” como o suporte social, foram responsáveis por 40% da mudança.

Esse tipo de resultado reflete a crença dos clínicos em geral. Na prática, os clínicos não indicam seus clientes para um terapeuta cognitivo-comportamental qualquer, mas geralmente recomendam para um terapeuta específico com características pessoais e profissionais específicas (e.g., a experiência clínica) e que consideram competente para trabalhar com aquele cliente ou com aquele tipo de problema (Elkin, 1997).

Em uma extensa e completa revisão sobre o tema das variáveis dos terapeutas, Beutler, Machado & Neufeldt (1994) dividem as variáveis dos terapeutas relacionadas com o resultado em quatro grandes eixos: 1) os traços observáveis, como o sexo, a idade, e a etnia; 2) os estados observáveis, como a formação profissional, estilo terapêutico e os métodos de tratamento; 3) os traços inferidos, como a personalidade e os padrões de *coping* preferenciais; 4) os estados inferidos, como a orientação teórica, a relação terapêutica, etc. e 5) o que os autores chamam de “outros estudos”, categoria que inclui características demográficas e currículo profissional, padrões de interação na díade terapêutica, variáveis subjectivas da situação terapeutica e variáveis subjectivas transituacionais. O quadro abaixo mostra, de forma mais organizada o que eles chamam de taxonomia das variáveis do terapeuta.

Quadro 1.1:

Classificação das variáveis dos psicoterapeutas

Classificação	Variável do terapeuta
Traços observáveis	Sexo
	Idade
	Etnia
Estados observáveis	Formação Profissional
	Estilo terapêutico
	Métodos de tratamento
	Intervenções do terapeuta
Traços inferidos	Personalidade e padrões de <i>coping</i>
	<i>Locus</i> de controlo, nível conceptual e estilo de <i>coping</i>
	Bem-estar emocional
	Valores, atitudes e crenças
	Atitudes culturais
Estados inferidos	Relação terapêutica
	Orientação teórica
	Atributos de influência social
	Orientação filosófica em terapia
Outros estudos	Características demográficas e currículo profissional
	Padrões de interacção na díade terapêutica
	Variáveis subjectivas da situação terapêutica
	Variáveis subjectivas transituacionais

Atendendo a que uma abordagem mais desenvolvida das características do terapeuta e a sua influência nos resultados da terapia nos desviaria do foco essencial do nosso estudo, optamos por apenas referir a sua importância como uma forma de valorizar o estudo do terapeuta e remetemos o leitor para os capítulos referentes às variáveis do psicoterapeuta das duas últimas edições do *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Beutler, Machado & Neufeldt, 1994; Beutler et al., 2004).

Como mencionamos até aqui, é ampla a literatura que se preocupa com o impacto que o psicoterapeuta tem como um agente de mudança em seus clientes. Essa preocupação faz bastante sentido do ponto de vista social e reflete as demandas dos gestores da saúde pública e privada em relação à qualidade e eficácia dos serviços prestados. Também é compreensível que em termos da relevância acadêmica os representantes dessa classe profissional se voltem para o conhecimento das variáveis de seu trabalho que influenciam a redução dos sintomas dos clientes e que são responsáveis pelas melhorias que a psicoterapia traz na qualidade de vida das pessoas.

Entretanto, há uma outra faceta da mudança que tem um interesse especial para a investigação em psicoterapia, que é justamente a mudança que opera no terapeuta em decorrência de sua prática profissional. Segundo Radeke & Mahoney (2000) o tópico da vida pessoal do psicoterapeuta e os impactos trazidos pela prática clínica é um interesse antigo. Em linha com essa idéia encontramos em Freud (1905/1933, p. 184, cit. Consoli & Machado, 2004) a preocupação com esse fenómeno, quando afirma que "ninguém que, como em meu caso, evoca os mais malvados daqueles demônios semi-domesticados que habitam o espírito humano e pretende lutar com eles pode esperar sair ileso da luta".

Não surpreende que a investigação sobre o impacto da prática da psicoterapia na pessoa do psicoterapeuta seja bastante mais limitada do que a linha de investigação mencionada anteriormente (Falcone, 2006, Mahoney, 1998). A razão mais provável para isso é a de que não é, ou não deveria ser, o terapeuta o alvo principal da mudança em uma relação de ajuda. Entretanto, esse tipo de investigação mostra-se particularmente útil quando pensamos na selecção e no treino e formação de novos terapeutas (Consoli & Machado, 2004).

Ao mesmo tempo em que a prática da psicoterapia modifica a pessoa do profissional (Guy, 1987; Radeke & Mahoney, 2000; Rønnestad & Skovholt, 2001) é também um reconhecimento comum entre os psicoterapeutas e investigadores que esses efeitos podem ser tanto negativos quanto positivos (Consoli & Machado, 2004; Falcone, 2006, Fernandes & Maia, 2008; Mahoney, 1998).

Nas páginas que se seguem, apresentaremos alguns desses efeitos importantes da prática da psicoterapia na pessoa do psicoterapeuta, mas antes faremos algumas considerações sobre a motivação que a profissão desperta nas pessoas que a praticam.

1.1.1. As motivações para se tornar um psicoterapeuta

Para entendermos melhor as motivações para a escolha profissional na área da psicoterapia, utilizaremos de uma conceptualização feita por Orlinsky (1989), na qual descreve quatro imagens da psicoterapia compartilhada entre os investigadores. Uma primeira imagem é a da psicoterapia como uma forma de tratamento para problemas de saúde mental. Essa imagem associa o psicoterapeuta a um médico ou algum outro profissional de saúde ou saúde mental e tem como pressuposto implícito o de que o profissional deve ser treinado em técnicas e de que os pacientes buscam ajuda para os seus problemas psiquiátricos diagnosticáveis. O resultado do tratamento é definido como a resolução desses problemas. Segundo Orlinsky (1989) essa é a imagem dominante entre os investigadores em psicoterapia.

Uma outra imagem comumente partilhada pelos investigadores é a do educador ou para alguns, mais especificamente a imagem do psicoterapeuta como aquele que oferece “a educação que vem tarde” (O. Gonçalves, Comunicação pessoal, Maio de 2007).

Nessa perspectiva, os profissionais focam-se nas metáforas de aprendizagem, seja ela comportamental ou como flexibilidade para dar novos significados aos eventos da vida. O psicoterapeuta, diferentemente do médico, que cura, estaria mais próximo do professor, que ensina o seu “aluno” a lidar de maneiras diferentes com a vida. Algumas técnicas mais enfatizadas são os treinos de competências sociais, a resolução de problemas, a psicoeducação focada na relação entre pensamentos e emoções para diferentes tipos de problemas, por exemplo, perturbações alimentares, depressão, ansiedades, entre outros. Provavelmente os clínicos que procuraram a profissão com esse modelo em mente são mais curiosos em relação a novas formas de aprender e sentem-se bem sendo referências para os seus clientes.

Uma terceira metáfora da psicoterapia é aquela que provavelmente mais sofre críticas negativas por parte do público leigo e de especialistas de diferentes posicionamentos dentro das ciências sociais. Nessa perspectiva a psicoterapia é apresentada como uma prática corretiva e normalizadora. Assim, a motivação para exercer esse tipo de prática é o poder sobre a submissão à autoridade (Mahoney, 1998).

A quarta imagem formulada por Orlinsky (1989) sobre a psicoterapia faz um paralelo com as autoridades religiosas e espirituais, sendo o psicoterapeuta uma espécie de sacerdote sábio que seria capaz de promover algum tipo de desenvolvimento espiritual. Os clínicos que buscaram a prática da psicoterapia baseados nessa imagem têm preocupações filosóficas, espirituais e humanitárias.

Mahoney (1998) sugere que essas imagens são uma fonte de influência para quem escolhe a profissão de psicoterapeuta e que estão ligadas à forma como o profissional se desenvolve ao longo de sua carreira. Complementando essa mesma idéia, o mesmo autor afirma que as visões sobre o psicoterapeuta variam num *continuum* que vai desde o “indivíduo excêntrico, senão severamente perturbado, que se faz valer da ignorância, do medo e das vulnerabilidades do outro” (p. 321) até a visão de que o psicoterapeuta é “um modelo do desenvolvimento humano, perfeitamente maduro, saudável, heróico, sábio, santo e virtualmente super-humano”. Ao primeiro extremo, Mahoney (1998) dá o nome de *metáfora do curador ferido* e ao segundo extremo, ele chama de *metáfora do guru*. Na metáfora do curador ferido a razão para se tornar clínico está relacionada com “servir as suas próprias demandas pessoais” (p. 321). Esta motivação pode ser disfuncional quando o clínico se serve da sua prática profissional como meio para reduzir a sua própria solidão ou senso de vulnerabilidade” (p. 321), impacto que é confirmado por alguns estudos empíricos (Goldberg, 1986; Guy, 1987, cit. Mahoney, 1998, p. 321). Embora não se saiba muito bem até que ponto se pode causar mal, uma hipótese para que isso ocorra é a de o terapeuta utilizar por demasiado a sua história de superação para entender o cliente e enfatizar aspectos que são dele próprio e não do cliente.

Por outro lado, esta motivação para ser psicoterapeuta pode facilitar o desenvolvimento da empatia e da relação terapêutica. Como exemplificam Jennings & Skovholt (1999) a propósito de um psicoterapeuta, respeitado por seus colegas a ponto de ser considerado um “terapeuta mestre”, e que conta ter passado por alguns anos de grandes dificuldades pessoais. Este terapeuta considerou que “enquanto esteve em dor, foi também quando foi melhor terapeuta” pois sentia que “era mais sensível ao que os clientes faziam” (p. 8).

A metáfora do guru já pressupõe que o psicoterapeuta é um profissional perfeito, que aplica técnicas com mestria e faz sugestões baseadas em conhecimento científico

confiável. É competente e incorpora a idéia de que é portador de um bem-estar psicológico e maturidades invejáveis. As motivações implícitas para quem procura a profissão de psicoterapeuta baseado na imagem da psicoterapia como uma profissão da saúde mental, tal como propõe Orlinsky (1989) pode estimular esse tipo de postura. Uma crítica a essa visão baseia-se no risco de que o terapeuta que acredita e se esforça para ser livre de problemas pessoais perca oportunidade para crescer e aprender com os erros. Além disso, acreditar-se conhecedor em demasia pode enfraquecer os clientes ou abrir terreno para relações terapêuticas baseadas na dependência do terapeuta.

A motivação com que se escolhe a profissão é um primeiro definidor da auto-imagem profissional e das expectativas que se tem acerca do que a actividade pode oferecer. Essas expectativas irão se ajustar de acordo com a realidade da profissão, que envolve as reais dificuldades e as reais exigências do ofício. A flexibilidade que se tem para fazer esse ajuste vai ser determinante para uma prática efectiva da psicoterapia ou uma prática stressante. Nos pontos a seguir iremos discutir justamente o impacto negativo e o impacto positivo que a psicoterapia pode ter no psicoterapeuta.

1.1.2. Efeitos negativos na pessoa do psicoterapeuta advindos da prática da psicoterapia

É esperado que cada profissão, por suas funções, responsabilidades e actividades inerentes, afecte física e psicologicamente aqueles que a praticam. Em algumas delas, nas quais o contacto humano é mais frequente e por vezes intenso as emoções são mais frequentemente activadas. Estamos nos referindo àquelas profissões em que a ajuda é prestada por meio de uma relação humana entre o profissional e o cliente. Nessas profissões, a qualidade e a eficiência da ajuda está directamente ligada a um investimento pessoal do profissional para proporcionar a “confiança mútua e o afeto genuíno” (Mahoney, 1998, p. 325).

Por essa razão, existe uma literatura extensa no que concerne ao *burnout*³ e ao bem-estar nessas classes profissionais. Os enfermeiros, na área da saúde, e os professores na educação são aqueles que contam com a maior preocupação por parte dos investigadores (Benavides-Pereira & Jiménez, 2003). Os psicoterapeutas estão também sujeitos a um ambiente interpessoal desafiador e incerto, podendo ser de grande desgaste emocional.

Entende-se que *burnout* “é uma síndrome característica do meio laboral e que esta é um processo que se dá em resposta à cronificação do *stress* ocupacional, trazendo consigo consequências negativas tanto a nível individual, como profissional, familiar e social” (Benavides-Pereira, 2003, p. 4). Apesar da multiplicidade de definições encontradas e a crítica de que esse costuma ser um conceito demasiadamente inclusivo, nota-se na literatura relacionada ao impacto negativo de algumas profissões que esse é o constructo mais referido.

Alguns pontos em comum em todas essas definições, nos ajudam a compreender o que normalmente se quer dizer com essa palavra: primeiro que o *burnout* ocorre a um nível individual, apesar do seu estudo estar relacionado na maioria das vezes com contextos profissionais (Starrin, Larsson & Styrborn, 1990). Entretanto nem todos os profissionais que exercem as mesmas funções em condições semelhantes estão em risco

³ *Burnout* vem do inglês e quer dizer “queimar até o fim”, e é por vezes traduzido para o português como “exaustão” ou escotamento. Nota-se, entretanto, na literatura lusófona que os investigadores mantêm a sua utilização no original (Codo, 1999; Falcone, 2006; Benavides-Jimenez et al., 2003).

de desenvolvê-lo. Uma outra idéia que é comum a todas as definições é a de que o *burnout* é negativo. Essa última idéia é crucial para diferenciar o *burnout* do *stresse*. Ao passo que no *burnout*, os sintomas são negativos e atrapalham a produtividade do profissional, é muito amplamente aceite que o *stresse*, em níveis ótimos pode reverter igualmente em produtividade ou motivação para o trabalho.

Referindo-se à área da saúde, Izquierdo, Navarro e Esteban (2000, in Benevides-Pereira & Jiménez, 2002) encontraram maior percentagem de *burnout* entre psicoterapeutas (33%) quando comparados com médicos (18%) e enfermeiros (31%). Além do *burnout*, Deutsch (1985, cit. Mahoney, 1998) identifica entre os psicoterapeutas problemas como dificuldades de relacionamento (82%); depressão (57%); abuso de substâncias (11%) e tentativas de suicídio (2%). Apesar de pouco consensual, Guy (1987, cit. Mahoney, 1998) sugere que as pesquisas entre taxas de suicídio entre psiquiatras sejam de quatro a cinco vezes maiores que nas mulheres. Steppacher & Mausner (1973, cit. Mahoney, 1998) constataram nas mulheres psicólogas uma taxa quase três vezes maior do que a média reportada na época nos Estados Unidos.

Em uma revisão sobre o tema, Falcone (2006) identifica na literatura algumas fontes de estresse para o psicoterapeuta advindas da prática da psicoterapia. Além de alguns factores externos, como as condições de trabalho, comportamentos dos clientes e as demandas do modelo cognitivo-comportamental, a autora identificou alguns factores do próprio terapeuta.

Sobre as condições de trabalho, Falcone (2006) lista estudos que apontam como fonte de estresse a rivalidade com outros profissionais, o tempo dedicado ao trabalho, os pedidos fora de hora de pacientes mais difíceis, a não reciprocidade da relação terapêutica, a proporção excessiva de clientes difíceis, pressões de tempo, excesso de trabalho burocrático, incertezas econômicas inerentes à profissão e a perda inevitável de clientes. Além do volume de casos o risco de *burnout* aumenta com o grau de vulnerabilidade e dependência dos seus clientes em relação ao psicoterapeuta (por exemplo, terapeutas que trabalham com crianças vitimizadas), a ausência de supervisão, a falta de uma rede de suporte adequada (Ruback e Thompson, 2001; Courtois, 1988, cit. Machado, 2003).

Outras fontes de stresse no trabalho do psicoterapeuta que trabalha com vítimas de violência, por exemplo, podem ser eventuais ameaças ou retaliações por parte dos agressores das vítimas e a morosa interacção com o sistema judiciário penal (Machado, 2003). Nesse tipo de clientela o terapeuta encontra quotidianamente uma série de dilemas não somente técnicos, como dilemas éticos, legais e inclusive emocionais, que podem custar muito ao profissional.

Sobre a natureza da profissão, Fernandes & Maia (2008) argumentam que a profissão de psicoterapeuta se baseia no facto de que é saudavel para os clientes narrarem suas histórias, Pelo que ouvir é uma parte fundamental do trabalho psicoterapeutico. A narrativa de eventos difíceis tem efeitos do ponto de vista fisiológico (van der Kolk, 2003, cit. Fernandes & Maia, 2008), do ponto de vista cognitivo, uma vez que narrando essas experiencias o cliente organiza de uma outra forma os acontecimentos. Outros efeitos importantes são situados no nível comportamental, uma vez que os terapeutas são treinados para ser uma audiência não punitiva e os clientes acabam por revelar aquilo que não revelam em outras instâncias.

Entretanto, há algumas razões sociais que podem contribuir para que as pessoas inibam seus sentimentos ao público e só os compartilhe num consultório de psicoterapia. Uma delas é quando essas histórias são de violência, negligência e abandono e estão associadas a culpa e a vergonha, por serem condenadas na sociedade. As pessoas podem em alternativa querer falar, mas há de facto poucas pessoas disponíveis, como acontece com portadores de doenças crônicas. Ou ainda, em uma situação menos comum, quando um trauma ocorre para um grande grupo e o tema se torna recorrente ou banal naquela comunidade. Um exemplo curioso dessa situação aconteceu quando, após um terremoto na Califórnia, as pessoas fizeram *t-shirts* com o seguinte enunciado: “Obrigado por não partilhar comigo a sua experiência do terremoto” (Fernandes & Maia, 2008, p. 49). De um ponto de vista social mais abrangente, Skinner (1989) defende que as pessoas procuram a psicoterapia para lidar com os “subprodutos emocionais do controle exercido pela sociedade”. Esse controle vem da religião, do governo, das instituições jurídicas, da família, das empresas, das escolas, etc. E é no consultório de psicoterapia que as pessoas vêm ávidas por falar e “desabafar” suas angústias. Nessa linha de raciocínio a psicoterapia é uma instância em

que o terapeuta é solicitado a ajudar o cliente a controlar melhor os seus complexos eventos ambientais. Assim é esperado que o psicoterapeuta seja uma audiência diferente daquela que encontra em seu dia a dia, de maneira a ajudar o cliente a conseguir se expressar e achar novas formas de ser reforçado. Essas exigências implicam na árdua tarefa de lidar com o sofrimento do cliente e às vezes com a impotência para o atenuar (Fernandes & Maia, 2008; Skinner, 1989).

O facto de ser exposto quotidianamente a histórias potencialmente traumáticas que lhe são trazidas pelos clientes podem ser também traumatizantes para os psicoterapeutas. Fala-se, assim de uma “traumatização secundária” (Ruback & Thompson, 2001, cit. Machado, 2003, p. 407) ou “traumatização vicariante” (McCann & Pearlman, 1990, cit. Machado, 2003, p. 407). Em uma revisão sobre esse tema Machado (2003) cita estudos em que se constatou que as queixas relacionadas com sintomas de estresse pós-traumático de terapeutas de vítimas de ataques sexuais aumentavam à medida em que aumentam também o número de casos que acompanhavam.

Alguns comportamentos dos clientes podem causar prejuízos para o psicoterapeuta. Por exemplo, clientes com perturbações de personalidade de uma maneira geral requerem bastante energia na gestão da relação terapeutica. Clientes diagnosticados com perturbação de personalidade borderline, por exemplo, tendem a ser hostis e a criticar insistentemente o terapeuta. É requerido uma preparação grande para trabalhar com esses clientes e alguns recomendam que o número de clientes com perturbações dessa natureza sejam limitados (Mahoney, 1998). Clientes com alto risco de suicídio podem também influenciar na rotina do terapeuta, podendo desenvolver alguns comportamentos de hipervigilância e catastrofização em relação à possibilidade do cliente realmente passar ao acto. Dalenberg (2004, cit. Hill & Knox, 2009) entrevistou 132 pacientes traumatizados e constatou que 72% já estiveram com raiva de seus terapeutas pelo menos uma vez, o que nos aponta para a faceta relacional e as dificuldades em gerir relações humanas como um desafio da profissão.

Sobre os factores de predisposição para um impacto negativo sobre o psicoterapeuta, Fernandes & Maia (2008) apontam algumas características pessoais. O facto do terapeuta ser ele próprio uma pessoa, com histórias de vida, por vezes difíceis também, pode contribuir para a traumatização vicariante. Como vimos no ponto anterior sobre a motivação para a escolha da profissão, na *metáfora do curador ferido*, proposta por Mahoney (1998) é sugerido que a razão para se tornar clínico pode estar relacionada com “servir às suas próprias demandas pessoais” (p. 321). Ou seja, oferecer ajuda pode ser uma escolha de vida motivada pela ajuda que precisou um dia. E de facto, há estudos com terapeutas de vítimas de violência que indicam que a possibilidade de *burnout* aumenta se o próprio profissional tem uma história pessoal de vitimação (Ruback e Thompson, 2001; Courtois, 1988, cit. Machado, 2003)

Falcone (2006) cita ainda alguns outros factores do próprio terapeuta que podem colaborar para o surgimento de perturbações emocionais advindo da prática profissional. A mesma empatia que, como veremos mais adiante, facilita a relação terapêutica (Rogers, 1957) e tem um papel fundamental nos resultados terapêuticos é, em alguns casos, fonte de *stress* do psicoterapeuta. Isso é o caso principalmente em casos de pacientes traumatizados (Fernandes & Maia, 2008). A empatia do terapeuta, se mal utilizada, pode contribuir para a má gestão dos objectivos terapêuticos e para a baixa assertividade do psicoterapeuta em relação ao cliente. Não foram encontrados na literatura estudos que dessem suporte empírico para a relação entre empatia e *stress* profissional.

Tendo em vista que é alta a correlação entre a competência social e a saúde psicológica, a baixa assertividade é um predictor de *stress* (Del Prette & Del Prette, 1999; Caballo, 2003). Terapeutas menos assertivos podem ter mais dificuldades em gerir os seus casos. Isso pode incluir aspectos desde a gestão do tempo da sessão até a negociação dos papéis na relação terapêutica e das tarefas terapêuticas.

Por fim, Leahy (2001, cit. Falcone, 2006) aponta que alguns esquemas interpessoais do terapeuta em relação aos clientes podem ser disfuncionais e contribuir para uma prática stressante. Por exemplo, os terapeutas podem antecipar para si próprios altos níveis de exigência ou até mesmo chegar ao perfeccionismo, o que diminui a sua tolerância em relação ao comportamento do cliente, gerando um alto nível de frustração. O terapeuta pode sentir-se demasiado superior ou especial, numa

manifestação narcisista, o que também conduz a um alto nível de conflito interpessoal na terapia. Numa direcção um pouco diferente, o terapeuta pode ter um esquema interpessoal de grande preocupação com abandono, o que pode conduzir ao evitamento de assuntos difíceis por parte do profissional para não irritar o cliente ou não ser assertivo o suficiente com medo que o cliente o reprove ou deixe a terapia. Da mesma forma, o terapeuta pode sentir demasiada necessidade de aprovação, o que o leva a querer ser agradável e evite abordar assuntos difíceis para o cliente.

Em continuidade com a metáfora do guru, proposta por Mahoney (1998) e com a ideia da psicoterapia como uma especialidade em saúde mental, Falcone (2006) sugere ainda que alguns modelos psicoterapêuticos, tais como a terapia cognitivo-comportamental, assumem a ideia de que as técnicas são poderosas e eficazes e acabam por seduzir profissionais que não lidam tão bem com a frustração. Essa competência é especialmente requerida em casos mais difíceis, em que os clientes não se comportam tal como é esperado nos manuais.

1.1.3. Efeitos positivos na pessoa do terapeuta advindos da prática da psicoterapia

Indicamos no ponto anterior algumas das fontes de stresse e dificuldades inerente à profissão que consiste em prestar ajuda psicológica. Entretanto, alguns estudos apontam para uma direcção um pouco diferente, a de que os os terapeutas estão geralmente felizes, saudáveis e contentes com o seu próprio trabalho (e.g., Rønnestad & Skovholt, 2001), inclusive quando comparados com outros tipos de profissionais (Radeke & Mahoney, 2000). A investigação sobre esse tema é bem menor que aquela dedicada ao stresse profissional e tem se limitado à abordagens mais qualitativas, o que não nos permite fazer generalizações.

Visto ainda de uma outra perspectiva, da mesma forma que os factores listados acima podem ser fontes de stresse e se forem prolongados estarem relacionados com mal estar, eles podem ser fontes de aprendizagem e de desenvolvimento. É igualmente comum depararmo-nos com alguns relatos na literatura apontando para o facto de que lidar com aqueles mesmos problemas enriquece e agrega valor à vida dos terapeutas. Por exemplo, Crothers (1995, cit. Fernandes & Maia, 2008) mostra que os terapeutas nem sempre relatam o trabalho com vítimas de trauma como sendo negativo ou prejudicial, mas que também relatam efeitos positivos com o trabalho com essas pessoas, tais como uma maior consciência de sua identidade e maior flexibilidade em relação aos valores.

O interesse pela vida pessoal do psicoterapeuta como um agente de mudança e como conhecedor da condição humana é notado por outras áreas além da investigação em psicoterapia. Orlinsky & Rønnestad (2005) citam um estudo sobre felicidade, em que os tópicos eram relacionados com a vida privada, como amor, casamento, individualismo e “encontrar-se a si próprio”. Os investigadores, um grupo de sociólogos, decidiram que os psicoterapeutas deveriam estar entre os informantes principais sobre esse tema. Da mesma forma, Smith, Staudinger & Baltes (1994), ao estudar o conceito de sabedoria, optaram por ter na sua amostra um grupo de psicoterapeutas, uma vez que é normalmente hipotetizado que a intuição clínica é um reflexo da sabedoria. E de facto, os autores chegam à conclusão de que nas tarefas de sabedoria os psicoterapeutas verbalizam mais e têm um número de acertos significativamente maior do que o grupo controle formado por outros profissionais (Smith,

Staudinger & Baltes, 1994). Esse tipo de resultado corrobora a *metáfora do guru* e a idéia de quem pratica a psicoterapia exhibe níveis excelentes de qualidades pessoais. É nessa linha que se centra boa parte da investigação sobre o impacto positivo da psicoterapia no psicoterapeuta.

Mahoney (1998) é enfático ao defender que a psicoterapia, por possibilitar que os psicoterapeutas participem de forma privilegiada da vida de seus clientes, acaba por promover um “desenvolvimento psicológico acelerado” (Mahoney, 1998). Da mesma forma que o profissional está exposto aos problemas dos clientes, ele está em contacto com histórias de coragem e de superação, o que é o que acontece na maioria dos casos, se pensarmos nos resultados fornecidos pelos estudos de eficácia em psicoterapia.

Ao comparar o impacto da profissão nas vidas de terapeutas e investigadores em psicoterapia Radeke & Mahoney (2000) constataram que os terapeutas relatam mais ansiedade, depressão e exaustão emocional, mas por outro lado também estão mais satisfeitos com as suas vidas do que os investigadores. Além disso, os terapeutas tinham uma percepção maior de que o seu trabalho tinha um impacto positivo em suas vidas pessoais.

Uma linha de investigação que gerou alguns resultados interessantes foi aquela que procurou ouvir de profissionais já estabelecidos a sua experiência como psicoterapeutas. Rønnestad & Skovholt (2001) entrevistaram 12 terapeutas seniores para perceber as áreas de desenvolvimento importantes entre esses profissionais. Os entrevistados eram todos psicólogos e tinham idades que variavam entre 61 e 84 anos, o que na média girava em torno dos 74 anos de idade. Eles foram selecionados de uma base de dados de psicoterapeutas que haviam participado de um outro estudo onze anos antes. Com a utilização de uma metodologia qualitativa, os autores identificaram quatro temas principais em relação à aprendizagem ao longo da carreira profissional desses terapeutas.

O primeiro tema foi chamado de “impacto profundo das experiências de vida da infância no desenvolvimento profissional”. Os terapeutas todos relataram que a sua prática profissional e o estilo que eles tinham com os clientes estavam muito relacionados com a forma com que eles próprios vivenciaram suas relações com os pais, ou a atitude mais ou menos otimista de seus familiares.

Um outro tema foi a “influência profunda do acúmulo de experiências de vida na experiência profissional actual”. Particularmente difícil de separar do processo de envelhecimento, os terapeutas relatam os benefícios da experiência como psicoterapeuta, por exemplo, conseguir reagir às situações com menos ansiedade e também com mais segurança. Todos relatam que a paciência que desenvolveram a partir da terapia os tornam melhores terapeutas e melhores pessoas. De uma maneira geral, todos relataram grande satisfação com a vida. Um terapeuta relata também que ficar mais velho e experimentar o declínio físico o tornou mais empático em relação aos problemas das pessoas, de uma maneira geral.

O terceiro tema que emergiu dessas entrevistas foi o da influência de profissionais mais velhos. Nota-se que esses mesmos profissionais relatam com o mesmo entusiasmo a admiração que tinham pelos seus tutores, nas entrevistas que fizeram 11 anos antes.

Finalmente o último grande tema foi o da experiência pessoal na vida adulta, em que os psicoterapeutas contaram como lidaram com as suas experiências pessoais difíceis como o divórcio, o luto de seus entes queridos e seus próprios problemas familiares. Todos os terapeutas admitem que essas dificuldades influenciaram suas experiências profissionais.

Assim, é concluído com base na visão dos participantes do estudo que ser psicoterapeuta é uma “carreira viável” (p. 187) e altamente recompensadora nos anos de maturidade profissional, que é quando os psicoterapeutas têm “mais experiência, mais segurança pessoal e profissional, maior criatividade e menos ansiedade” (p. 187), por isso demonstram grandes níveis de excelência profissional. Ao contrário das profissões tecnológicas, que mudam muito rapidamente e que requerem uma actualização de conhecimento constante, com o risco do profissional ficar obsoleto à medida que novos conhecimentos surgem no mercado, na psicoterapia, o factor da idade é visto como positivo.

Como uma implicação prática do seu estudo, os autores chamam a atenção para o facto de que a vida pessoal nessa profissão é evidentemente importante para o desenvolvimento profissional. Por isso os autores indicam que os psicoterapeutas, de forma geral, tenham cuidado em constantemente reflectir sobre suas próprias

experiências e não cair no “paradoxo de correr tão rápido a ponto de não saber onde se vai chegar” (p. 186). Mentores, pares, ou simplesmente amigos podem ajudar.

Dlugos & Friedlander (1999) definem o compromisso apaixonado pelo trabalho quando o profissional sente-se com energia e revigorado ao invés de experimentar a exaustão; quando o profissional continua a ser bem sucedido e a gostar do que faz apesar dos obstáculos que encontram; quando demonstra um equilíbrio com os outros aspectos de sua vida e quando sente que contagia aqueles com quem trabalha com essa energia. Foi essa definição que utilizaram para pedir que psicoterapeutas indicassem colegas com essas características. Foram seleccionados 12 psicoterapeutas que foram entrevistados a respeito de sua relação com o trabalho e com a vida pessoal. A partir de uma metodologia qualitativa, os autores chegam a alguns resultados semelhantes aos de Rønnestad & Skovholt (2001). Notam que a maioria dos terapeutas “apaixonadamente comprometidos” com o trabalho valoriza uma harmonia entre a vida profissional e a vida pessoal, o que implica em manter limites claros entre as duas esferas. Quase todos estavam comprometidos com pelo menos uma actividade não profissional e acreditavam que isso contribuía para o seu comprometimento com a profissão. Esses profissionais também tentavam diversificar as suas actividades dentro do trabalho e compartilhavam a crença de que esperar retorno financeiro diminui o comprometimento com o trabalho de psicoterapeuta.

Além disso, esses psicoterapeutas contavam com uma abertura muito grande, a ponto de conseguir ver os obstáculos como desafios. Tinham também uma grande necessidade de *feedback* que a supervisão possibilita. Uma outra categoria que emergiu foi a de transcendência ou humildade, que diz respeito a natureza espiritual da psicoterapia e conseguir ver o trabalho com um compromisso comunitário e de grande responsabilidade social.

Jennings & Skovholt (1999) através de uma amostragem normalmente denominada de “bola-de-neve” (Patton, 1990, cit. Jennings & Skovholt, 1999, p. 5) chegaram a dez “psicoterapeutas mestres”. Os investigadores pediram para três psicoterapeutas reconhecidos pela comunidade profissional local que indicassem colegas que fossem considerados “terapeutas mestres”. Por essa terminologia eles queriam dizer eram profissionais em quem eles pensavam, caso tivessem de recomendar a parentes próximos por ser “o melhor entre os melhores”; ou psicoterapeutas em que

eles próprios procurariam para sua psicoterapia pessoal. Os dez nomes que ficaram para as entrevistas, dentre um total de 103 indicações, foram aqueles mencionados pelo menos por quatro colegas.

A partir das respostas que tiveram formularam a hipótese de que aqueles que chegam a ser considerados “terapeutas mestres” alcançam um elevado desenvolvimento em três domínios: cognitivo, emocional e relacional. Em relação ao desenvolvimento do domínio cognitivo, os “terapeutas mestres” demonstravam todos ser “aprendizes vorazes” (p. 6), valorizavam suas experiências com fonte de aprendizado e valorizavam a complexidade emocional e a ambigüidade da condição humana. Para exemplificar esse último aspecto, os autores usam as próprias palavras de uma participante que afirma que “se o cérebro fosse simples o suficiente para que nós o conseguíssemos compreender, seríamos nós mesmos simples demais”⁴ (p. 6).

No domínio emocional, os terapeutas mestres pareceram ter algo que os investigadores categorizaram como “receptividade emocional” (Jennings & Skovholt, p. 7), o que inclui ser auto-consciente, reflexivo e aberto ao *feedback*. Também se mostraram conscientes de que a sua saúde emocional afecta tanto positiva quanto negativamente o seu trabalho. No domínio relacional percebeu-se que os terapeuta mestres possuem fortes competências sociais e são bons em utilizá-las em seu trabalho. Além disso, eles acreditam que a mudança terapêutica é proporcionada por uma forte aliança de trabalho.

Há também alguns relatos de como o treino específico em uma abordagem pode trazer benefícios para os problemas pessoais que os psicoterapeutas possam enfrentar. Dryden (2002) lista uma série de facetas de sua vida que melhoraram depois de ter recebido o treino Terapia Racional-Emotiva e ter praticado com os seus clientes os pressupostos aprendidos. Por exemplo, ele cita que foi fundamental para que ele superasse o seu medo de gaguejar em público. O autor conta que ouviu de um outro terapeuta mais experiente sobre a auto-verbalização “se eu falhar, falhei, fazer o que?” e ele aplicou ao seu problema na forma de “se eu gaguejar, gaguejei, dane-se”⁵. Os

⁴ Do original em inglês, "If the brain was simple enough for us to understand it, we'd be too simple to understand it."

⁵ A tradução exacta do termo utilizado pelo autor no original ficaria imprópria para esse espaço.

resultados foram que ele ficou menos ansioso com o problema e ao ficar menos ansioso passou também a gaguejar menos. O autor também conta sobre como usou as suas estratégias para se desenvolver em seu nível de actividade, na auto-disciplina, na forma de ver a vida e a si próprio, incluindo como desenvolveu a habilidade de rir mais de si próprio. Tavares (2008) cita outros relatos auto-biográficos de psicoterapeutas que testemunham o seu desenvolvimento psicológico acelerado como consequência da prática da psicoterapia. Entretanto, é perceptível na literatura que há muito menos estudo sobre esse tipo de variável.

Trabalhos de investigação tais como os de Rønnestad & Skovholt (2001), Dlugos & Friedlander (2001) e de Jennings & Skovholt (1999) são importantes para percebermos como se desenvolve a trajectória de profissionais bem adaptados à profissão. Esse tipo de conhecimento tem implicações importantíssimas no treino de novos terapeutas (Consoli & Machado, 2004). Entretanto, como podemos perceber, a maioria desses trabalhos são de natureza autobiográfica ou qualitativa e descritiva, sendo necessário estudos de natureza mais compreensiva ou explicativa de modo a consolidar e complementar o conhecimento actual..

Uma outra limitação dos estudos que apresentamos é que poucos comparam o grupo dos psicoterapeutas com outros profissionais, o que deixa em aberto a questão de se esse desenvolvimento psicológico do psicoterapeuta e essas competências adquiridas decorrem da prática da psicoterapia ou se é simplesmente um desenvolvimento normal de profissionais bem sucedidos, em qualquer área.

1.2. Algumas abordagens sobre como o psicoterapeuta se desenvolve

Apresentamos até agora algumas facetas negativas e positivas que caracterizam o exercício profissional da psicoterapia e que estão relacionadas com o desenvolvimento profissional do psicoterapeuta. Neste ponto iremos apresentar de maneira sucinta alguns dos modelos de desenvolvimento do psicoterapeuta que nos permitem compreender as suas trajetórias ao longo da profissão. Primeiramente apresentamos uma visão de desenvolvimento do terapeuta que se foca na aquisição de competências terapêuticas ao longo da carreira. Tomamos como um exemplo dessa visão o modelo das micro-habilidades de Ivey (1994).

Os outros dois modelos pretendem integrar a aquisição de competências de ajuda ao longo do desenvolvimento do psicoterapeuta, mas descrevem também o desenvolvimento da identidade do psicoterapeuta. Esses modelos são o modelo da complexidade do psicoterapeuta, de Stoltenberg (1981) e o modelo de Orlinsky & Rønnestad (2005), sendo este último talvez o modelo mais completo encontrado na literatura.

1.2.1. A visão de desenvolvimento focada na aquisição de competências

Este ponto se dedica a apresentar uma idéia de desenvolvimento do psicoterapeuta que não se constitui propriamente em um modelo de desenvolvimento. Essa visão entende que o profissional se desenvolve à medida que aprende e integra em seu repertório comportamental competências terapêuticas. É uma perspectiva sobre o desenvolvimento do psicoterapeuta que tem como equivalente a noção de treino. Acreditamos que seja essa a ideia implícita que favorece também a nossa proposta de estudo empírico.

O pressuposto subjacente a essa perspectiva é o de que a psicoterapia é uma actividade humana como muitas outras e, como tal, requer a aprendizagem de habilidades específicas para um desempenho bem sucedido. Alguns se referem a essas competências como as “habilidades de ajuda”. Assim, o psicoterapeuta se desenvolve

como profissional quando passa a integrar uma série de competências específicas para entender os seus clientes e saber interagir com eles de maneira eficaz, de maneira a produzir mudanças positivas em suas vidas.

Nessa dissertação temos como pano de fundo que a habilidade de inferir estados mentais em outras pessoa seria uma dentre tantas outras competências necessárias para o psicoterapeuta em sua interação com o cliente.

Achamos que o programa de Ivey (1994) seria um bom exemplo de uma proposta estruturada baseada nessa idéia de desenvolvimento. A própria definição de Ivey (1994) deixa implícito que não é o psicoterapeuta que se desenvolve, mas suas competências terapêuticas, quando afirma que “as micro-habilidades são cada uma das unidades de competência comunicacional (e.g., perguntas, interpretação) da entrevista. Elas são ensinadas uma de cada vez para garantir a maestria das competências básicas para se conduzir uma entrevista” (p. 20).

Esse programa acabou por se tornar muito popular de treino em aconselhamento (Goldstein & Michaels, 1985; Hill & Lent, 2006). O modelo das micro-habilidades não propõe nenhum estágio de desenvolvimento em específico. Ele foca na aprendizagem de habilidades de ajuda arranjadas em forma de uma pirâmide que vai das competências mais fáceis e fundamentais, (e.g., o contacto ocular, a linguagem corporal, as qualidades e intensidades vocais) de maneira crescente até as competências mais complicadas (e.g., a reflexão sobre os sentimentos) chegando até a integração dessas competências em um estilo pessoal e teoria sobre a ajuda (Hill & Lent, 2006). Segundo Ivey (1994) entre as habilidades básicas de escuta estariam as “habilidades de observação do cliente”. Achamos que a competência de inferir o estado mental do cliente se situaria dentro dessa classe de competências.

O desenvolvimento do profissional consistiria assim na organização hierárquica de um conjunto de competências básicas e avançadas de comunicação, implementadas através de técnicas aperfeiçoadas de modelagem, prática e *feedback*.

O programa de Ivey (1994) foca-se no desenvolvimento de competências comunicativas pelo psicoterapeuta. Um outro foco poderia ser o das competências sociais. Como apontam algumas das investigações qualitativas que revimos anteriormente (e. g., Jennings & Skovholt, 1999) os psicoterapeutas mais experientes

considerados “terapeutas mestres” têm competências sociais muito bem desenvolvidas, que lhes permitem relacionar-se bem tanto com as pessoas de seu ciclo pessoal como com seus clientes. O que ambos focos têm em comum é o facto de estarem apoiados em pressupostos de aprendizagem comportamental.

1.2.2. O modelo de complexidade do psicoterapeuta

Em uma perspectiva um pouco diferente daquela apresentada anteriormente, Stoltenberg (1981), ao discutir o papel da supervisão na formação de psicoterapeutas⁶, apresenta o seu “modelo de complexidade do psicoterapeuta”. Dividido em quatro estágios, esse modelo desenvolvimental tenta integrar tanto o aspecto quantitativo do desenvolvimento profissional, ou seja, o desenvolvimento das habilidades terapêuticas básicas, como o faz Ivey (1994), como o aspecto qualitativo, ou seja, o desenvolvimento da identidade como psicoterapeuta e a autonomia em relação ao trabalho.

Não é indicado o tempo certo em cada estágio, o qual é suposto variar de terapeuta para terapeuta. Alguns podem mesmo nunca alcançar os estágios mais elevados, por diferentes razões. Como acontece na maioria das teorias desenvolvimentais organizadas por estágios, também esta pressupõe que o terapeuta passe por fases de transição entre um estágio e outro. Os quatro estágios de desenvolvimento são o estágio “Dependente do Supervisor”, “Conflito entre dependência e autonomia”, o estágio da “Dependência condicional” e, finalmente o estágio da “Maestria como psicoterapeuta”. Uma breve descrição de cada um desses estágios é apresentada no quadro 1.2.

⁶ O autor refere-se a *counselor*, cuja tradução exacta para o português seria a de “conselheiro”. Uma vez que os países lusófonos não utilizam essa nomenclatura, ou o fazem em contextos muito específicos (e.g. nos contextos de cuidados a dependentes químicos o conselheiro é o para-profissional que já superou a sua dependência e se especializou na ajuda a esse tipo de problema; o conselheiro matrimonial é um membro da comunidade que organiza encontros de casais em paróquias). Para mantermos a clareza no texto optamos por continuar com o termo psicoterapeuta ou simplesmente terapeuta, como temos feito até agora.

Quadro 1.2.: O modelo desenvolvimental de Stoltenberg (1981)

Estágios	Características do psicoterapeuta
Dependente do supervisor	Imitativo, inseguro, com pouco auto-conhecimento e conhecimento dos outros, pensamento categorial, com conhecimento mais categorial sobre as teorias e técnicas de entrevista, mas com experiência mínima.
Conflito entre dependência e autonomia	Com mais auto-conhecimento, mas com motivação flutuante, ora confiante nas técnicas recém-aprendidas, ora sobrecarregado com a responsabilidade. Luta por independência, se tornando mais assertivo e menos imitativo em relação ao supervisor.
Dependência condicional	A característica pessoal como psicoterapeuta está mais desenvolvida, com maior <i>insight</i> , motivação mais consistente e menos flutuante com as situações externas. Está mais empático e com a orientação interpessoal mais diferenciada.
Maestria como psicoterapeuta	Auto-conhecimento e conhecimento dos outros adequada, com <i>insight</i> das suas qualidades e deficiências, inclusive com maior consciência de suas inseguranças. Propositamente interdependente dos outros, já integrou padrões profissionais com o sua própria identidade como psicoterapeuta.

Esse modelo enfatiza que a supervisão tem uma grande importância no desenvolvimento do profissional e portanto não deve limitar-se à esfera da “consultoria técnica”, mas servir de suporte emocional à carga emocional e ao impacto negativo que a profissão pode ter no profissional, tal como referimos anteriormente nesse capítulo.

Ao contrário do modelo de Orlinsky & Rønnestad (2005) que passamos a apresentar em seguida, não é grande o suporte empírico para o modelo de Stoltenberg. No entanto, é comum encontrarmos na literatura evidências que parecem confirmar algumas das hipóteses propostas. Por exemplo, Fernandes & Gonçalves (2001) verificaram que os terapeutas mais experientes sentiam-se menos perturbados pelas narrativas de seus clientes e se mostraram mais competentes em gerir as próprias memórias durante o processo narrativo que estavam a presenciar, se comparado com os seus pares mais jovens. Esse dado poderia ser interpretado como um crescimento profissional em direcção ao terceiro estágio de desenvolvimento, em que o terapeuta já se foca menos em suas próprias emoções e consegue assim ter mais *insight* sobre o cliente.

1.2.3. O modelo de Orlinsky & Rønnestad

Orlinsky e seus colaboradores (Orlinsky, Botermans y Rønnestad, 2001; Orlinsky & Rønnestad, 2005) contaram com a “Rede de Colaboração Para a Investigação”⁷ da Sociedade para a Investigação em Psicoterapia (SPR) para construir um modelo de desenvolvimento do psicoterapeuta largamente apoiado em bases empíricas. Esse estudo teve como perspectiva alvo de investigação o próprio psicoterapeuta. Foi construído por investigadores psicoterapeutas um grande questionário de auto-relato da experiência de desenvolvimento dos psicoterapeutas, o qual foi respondido por uma amostra de quase 5.000 terapeutas, de mais de 25 diferentes países, até o ano de 2005. Em comunicação pessoal com o autor principal desse estudo, tivemos conhecimento que essa amostra se encontra ainda em plena ampliação em outras culturas. O tamanho desse empreendimento científico indica a crença dos autores na idéia de que o desenvolvimento do terapeuta é um assunto de relevância para a investigação em psicoterapia e para a prática clínica. Vale ressaltar que a principal fonte de dados desse projecto foi o relato dos próprios terapeutas em relação ao seu próprio desenvolvimento.

O longo questionário, denominado *Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire*⁸ é composto de várias escalas e sub-escalas que recolhem informações objectivas do psicoterapeuta como dados pessoais do participante, suas características demográficas e dados diversos sobre sua prática clínica actual e passada (por exemplo, o número de clientes vistos actualmente em diferentes faixas etárias, diagnósticos, com diferentes graus de severidade da perturbação). Além disso, o questionário pede que o participante avalie algumas dimensões de sua experiência de desenvolvimento profissional, tais como uma estimativa do seu desenvolvimento profissional como psicoterapeutas, que faça uma comparação do desenvolvimento dessas dimensões hoje e como era no início da carreira, como se sente na sua prática actual, em termos de dificuldades e competências, que avalie a importância de uma série de factores que contribuíram para esse desenvolvimento como, por exemplo, a experiência própria em ser cliente de psicoterapia, os tipos de orientação teórica e a

⁷ Collaborative Research Network of the Society for Psychotherapy Research

⁸ Partes desse questionário foram inclusive utilizadas por nós para fins de caracterização da nossa amostra de psicoterapeutas.

supervisão. Os investigadores baseiam-se nas respostas e na experiência enquanto terapeutas para formular o modelo que apresentamos aqui.

Orlinsky & Rønnestad (2005) definem algumas facetas do trabalho do psicoterapeuta, que serão importantes para compreendermos as dimensões do envolvimento profissional. O quadro abaixo faz um sumário dessas dimensões.

Quadro 1.3.: Sumário das dimensões do trabalho terapêutico

Faceta da experiência de trabalho	Dimensões do trabalho terapêutico
Competências actuais	Competências Relacionais Básicas Competência técnica Competências relacionais avançadas Competência actual (escala combinada das dimensões acima)
Dificuldades na prática	Dúvida profissional Casos de tratamento frustrados Reacção pessoal negativa Total das dificuldades (escala combinada)
Estratégias de <i>coping</i>	Exercitar controle reflexivo Procurar supervisão Resolver o problema com o paciente Rever o contracto de ajuda Procurar satisfações alternativas Evitar o “engajamento” terapêutico <i>Coping</i> constructivo (escala conceptual)
Agência relacional	Investido Eficaz Confuso
Mode de se relacionar	Afirmativo Acomodado Dominante

Sentimento nas sessões	<i>Flow</i>
	Tédio
	Ansiedade

A partir das 22 dimensões da experiência do trabalho psicoterapêutico apresentadas anteriormente, os autores conduziram uma análise factorial de segundo nível e agruparam-na em três padrões, que definem o envolvimento do terapeuta com o seu trabalho. São eles o Envolvimento de Cura, o Envolvimento Stressante e o Envolvimento Controlador.

O envolvimento de cura está associado às escalas em que os terapeutas definem a si próprios como altamente investidos pessoalmente em seu trabalho, como eficazes e competentes, afirmativos em sua lida com os clientes e quando utilizam estratégias de *coping* construtivo face as dificuldades que aparecem no trabalho. Por outro lado, o Envolvimento Stressante abrange experiências do trabalho com imensas dificuldades, sentimentos de ansiedade ou tédio nas sessões e enfrentamento dos problemas com evitamento das questões. O Envolvimento controlador é o menos abrangente e diz respeito a um estilo dominante nas relações com o cliente.

Um importante preditor do Envolvimento de Cura foi a amplitude teórica do psicoterapeuta. Ou seja, quanto mais o terapeuta se filia a um ou mais modelos teóricos de entendimento dos problemas psicológicos, mais hipóteses ele tem de ter um experiência positiva em seu trabalho como terapeuta.

Para compreendermos alguns dos resultados obtidos, é importante termos em mente que os investigadores desse estudo definiram os seis grupos em termos cronológicos mas levaram em consideração suas experiências como psicoterapeutas, que são: Terapeutas “Novatos” (com menos de 1,5 anos de experiência clínica), Terapeutas “Aprendizes” (1,5 a 3,5 anos), Terapeutas “Graduados” (3,5 a 7 anos), Terapeutas “Estabelecidos” (7 a 15 anos), Terapeutas “Maduros” (15 a 25 anos),

Terapeutas “Seniores” (25 a 53 anos). Alguns dos resultados são apresentados comparando-se grupos de terapeutas jovens com os terapeutas mais experientes.

Por exemplo, o desenvolvimento acumulado do terapeuta é um constructo que se refere à junção de três perspectivas de avaliação do próprio desenvolvimento: o desenvolvimento profissional retrospectivo, a grau em que o terapeuta se sente competente no momento da avaliação e a diferença entre sua competência actual e aquela que tinha quando começou a sua prática terapêutica. Nessas análises, foi encontrado que mais de um terço (35,9%) dos terapeutas novatos avaliam seu desenvolvimento acumulado como baixo e apenas um quarto (25,3%) como alto. Em contrapartida, a grande maioria os psicoterapeutas seniores (76,2%) consideram que se desenvolveram muito como terapeutas. É curioso que o número de terapeutas seniores que sente que tem uma alta habilidade terapêutica se limita à metade da amostra.

Foi notado uma tendência clara para que os terapeutas sentissem cada vez mais que tinham uma prática efectiva, à medida que se tornam mais experientes. A prática efectiva é uma dimensão composta de vários itens relacionados com a pratica actual do psicoterapeuta e quer dizer que os psicoterapeutas estão pessoalmente investidos em seu trabalho, são afirmativos, se adaptam facilmente aos clientes e experimentam uma “sensação de *flow*”⁹. Entende-se por sensação de *flow* o estado subjectivo característico à situação em que há uma relação óptima entre o tamanho da exigência do contexto e as competências que se tem para lidar com essa exigência. Em um estado de ansiedade, de um modo diferente, as competências parecem ser insuficientes para lidar com as exigências, o que se opõe a um estado de tédio, em que as competências são muito maiores do que as requeridas. Esse estado de envolvimento de *flow* é composto por “absorção intensa, responsividade calibrada e sensível satisfação, geralmente acompanhada por um afastamento de pistas do ambiente e uma diminuição da auto-consciência” (Orlinsky & Rønnestad, 2005, p. 45).

Esse resultado, em resumo, quer dizer que à medida que os psicoterapeutas se desenvolvem melhor eles apreciam sua prática profissional como efectiva e prazerosa e menos como uma prática stressante. Os novatos relatam mais ansiedade em suas sessões terapêuticas, tal como prevê o modelo de Stoltenberg (1983) apresentado acima.

⁹ Esse conceito é também muito utilizado pelos estudiosos da psicologia positiva, que não têm feito a tradução do termo para o português.

Estudos sobre o *burnout em* psicoterapeutas também costumam encontrar que os profissionais mais jovens se mostraram mais propensos ao stress (Benevides-Pereira & Jimenez, 2002).

Em relação às competências terapêuticas actuais, é notado que níveis de perícia técnica, competências relacionais básicas e avançadas são progressivas e significativamente maiores à medida que nos movemos para os grupos mais experientes. Ao mesmo tempo, as dificuldades na prática decrescem à medida que os terapeutas se tornam mais experientes, como é o caso da frustração com os casos e as reações pessoais negativas aos clientes. A faceta que decresce mais significativamente nessa dimensão é a de dúvida profissional.

Para lidar com as dificuldades, os psicoterapeutas seniores da amostra de Orlinsky & Rønnestad (2005) relatam procurar menos a opinião de colegas ou de supervisores e que tendem a resolver os problemas com os próprios clientes. Os terapeutas relatam estar altamente investidos em suas relações com os clientes em todos os grupos de experiências.

Nesse mesmo estudo, foi pedido aos entrevistados que avaliassem as principais fontes de desenvolvimento de suas carreiras como terapeuta. Em uma escala de sete pontos, desde + 3 (muito positivo) até - 3 (muito negativo), tendo o 0 como ponto médio. As influências mais positivas foram trabalhar com os pacientes ($M=2.5, \pm .7$), ter supervisão formal ($M=2.3, \pm .9$), ter tido a experiência com terapia pessoal ($M=2.2, \pm 1.0$). Esta "tríade de influências primárias" (Orlinsky, Botermans & Rønnestad, 2001) aconteceu independente da nacionalidade, formação profissional, orientação teórica ou o nível de experiência profissional.

Curiosamente, o quarto elemento mais percebido como fonte de desenvolvimento na carreira de psicoterapeuta refere-se às experiências na vida pessoal ($M=1.9 \pm 1.0$), que se destaca dos outros por não fazer parte de nenhuma das directrizes normalmente recomendadas nos programas de treino.

A partir desses resultados, os autores do estudo sugerem algumas orientações para o treino de psicoterapeutas, tais como: estimular que os terapeutas vejam casos desde muito cedo em sua prática, acompanhados muito proximamente por um supervisor experiente. Além disso, sugerem que a terapia pessoal seja uma parte do

treino em psicoterapia, tanto para terapeutas mais jovens, como aqueles que já estão estabelecidos na profissão, mas que necessitam reciclar sua prática terapêutica (Orlinsky, Botermans & Rønnestad, 2001).

Quanto ao desenvolvimento das competências terapêuticas, no estudo de Orlinsky & Rønnestad (2005) os psicoterapeutas foram questionados sobre sua perspectiva acerca de seus desempenhos em 11 competências distintas. Essas competências incluíam a mestria nas técnicas terapêuticas, o entendimento momento a momento que tinham do processo terapêutico, a naturalidade com o trabalho com os clientes, a habilidade em usar as reações emocionais de maneira construtiva, o entendimento teórico do que se passa na terapia, a habilidade de detectar as reações emocionais dos clientes, a habilidade em apanhar a essência do problema do cliente, a competência que tinha em envolver o cliente para uma aliança de trabalho, a mestria em conseguir que os clientes desempenhem o seu papel na terapia, a eficiência em comunicar o seu entendimento para os clientes e a competência de empatizar com os clientes que tem pouco em comum. Foi-lhes pedido que comparassem o seu grau de competência actual com a competência que tinham no momento em que iniciaram suas formações como psicoterapeutas. Em todas elas os participantes avaliam-se como mais competentes no momento actual do que no início de suas carreiras. Curiosamente as duas competências que menos mostraram diferenças foram aquelas relacionadas com a empatia. Isso aconteceu principalmente porque os participantes relataram que já tinham essa habilidade bem desenvolvida mesmo antes de iniciarem suas formações.

Por outro lado, as competências em que os psicoterapeutas relataram ter obtido os maiores níveis de desenvolvimento estiveram relacionadas com a competência técnica, como o entendimento momento a momento que tinham do processo terapêutico, a naturalidade com o trabalho com os clientes, a habilidade em usar as reações emocionais de maneira construtiva, o entendimento teórico do que se passa na terapia.

Síntese

Vimos até o momento algumas das facetas que se desenvolvem ao longo da prática da psicoterapia. Nossos tópicos foram alguns dos motivos que trazem as pessoas para a profissão; alguns dos impactos negativos existentes pela natureza do exercício profissional, como o *burnout* e o trauma vicariante e o impacto positivo que tem na vida do profissional a prática da psicoterapia.

Vimos que os profissionais da psicoterapia aprendem competências terapêuticas ao longo da carreira e que essas competências são integradas de forma a que se torne cada vez mais autônomo em relação ao seu supervisor.

As visões de desenvolvimento apresentadas parecem, no geral, privilegiar o desenvolvimento positivo durante a carreira. Em muitos dos estudos apresentados os profissionais relatam estarem satisfeitos com a profissão e mais competentes em suas práticas profissionais.

Não é nosso intuito pensar que somente os psicoterapeutas se desenvolvem dessa maneira, entretanto a investigação desse profissional em específico parece ter recebido uma atenção especial da literatura, uma vez que existe uma ampla literatura que apóia a ideia de que as características pessoais tem um grande papel no processo e nos resultados, em termos de eficácia.

No próximo capítulo tentaremos discutir se um outro bônus da profissão não seria um desenvolvimento acelerado da compreensão empática.

2. O estudo da Empatia e da Teoria da Mente no Psicoterapeuta

Tendo em vista que a prática da psicoterapia requer fundamentalmente o exercício constante por parte do psicoterapeuta de reconhecer o que o cliente sente e pensa (Rogers, 1957; Beck et al, 1979; Beck & Norcross, 2000; Goldstein & Michaels, 1985; Bohart & Greenberg, 1997) e que em nosso estudo pretendemos verificar se esse exercício reverteria num “desenvolvimento psicológico acelerado” dessa competência no psicoterapeuta, é importante então que tenhamos claros os conceitos relacionados com a empatia. Pretendemos assim, no presente capítulo, organizar as definições e a investigação dedicada à empatia e à Teoria da Mente (ToM) relevante para o nosso estudo empírico, ou seja, a investigação relacionada com o psicoterapeuta. Em um primeiro momento começamos por definir a empatia, uma vez que esse é o conceito mais tradicionalmente estudado na literatura e é fundamental compreendermos suas diferenças e intersecções com a ToM. Logo em seguida, faremos uma conceptualização e breve revisão histórica da ToM, que será importante para compreendermos o racional e os métodos empregues no trabalho empírico que apresentaremos na parte dois da presente dissertação.

2.1. *Empatia: história e alguns conceitos*

Numa perspectiva histórica, “o termo empatia vem da palavra grega *empathia*, que implica uma apreciação activa da experiência emocional da outra pessoa” (Astin, 1967, cit. Goldstein & Michaels, 1985, p. 1). Na viragem do século, Lipps (1897, cit. Goldstein & Michaels, 1985), em seus escritos sobre percepção e apreciação estética, introduziu o termo *Einfühlung*, que significa, em alemão “sentir-se a si próprio em”. Para ele, ao apreciarmos a beleza ou a estranheza de uma obra de arte nós necessariamente nos projectamos naquele objecto e iniciamos um processo de identificação e imitação interna do mesmo. Mais tarde, esse autor acaba por expandir a sua idéia de projecção e imitação para a interacção com outras pessoas, mas mantém a noção de fusão do observador com o objecto.

No âmbito mais específico da psicologia, foi Titchener (1910, cit. Goldstein & Michaels, 1985;) quem trouxe a palavra *empatia*, a qual definiu como o "processo de humanização dos objectos, de ler ou sentir-nos a nós próprios nesses objectos" (Titchener, 1924, cit. Duan & Hill, 1996, p. 261). Tanto o conceito de Lipps como o de Titchener enfatizavam nesse processo os aspectos emocionais e a imersão do observador de encontro ao objecto. Essa foi a visão prevalente na psicologia da época (Duan & Hill, 1996). Esses conceitos coincidem, de certa forma, com o que alguns índios norte-americanos chamavam de “caminhar no *moccasins* do outro” (Ivey, Ivey & Simek-Morgan, 1993), ou seja, experienciar o que o outro experiênciava, sentir o que o outro sente.

Foi só mais tarde, com o trabalho do filósofo e psicólogo pragmático norte-americano George Mead (1934, cit. Goldstein & Michaels, 1985) que foi introduzido no conceito de empatia uma dimensão cognitiva. Hoje essa dimensão é contemplada em maior ou menor grau na maioria das definições de empatia encontradas na literatura (Feshbach, 1997). Dessa forma, o termo empatia passou a englobar também a “habilidade de compreender” o outro no contexto em que ele se encontra. Houve uma separação entre o eu e o outro, o que quer dizer que há um observador externo que tenta compreender o outro, apesar de que temporariamente o observador pode conseguir colocar-se no lugar do observado.

São bastante diversificadas as definições de empatia na literatura actual e esse parece ser justamente um problema que faz com que a sua investigação seja dificultada (Bohart & Greenberg, 1997; Duan & Hill, 1996). Parece haver um certo consenso de que esta é uma habilidade interpessoal fundamental nas interações humanas. Duan & Hill (1996) lembram que todas as disciplinas subsidiárias da psicologia tomam o conceito de empatia como fundamental. Por exemplo, a psicologia social estuda-o como o determinante para o altruísmo, nas teorias da atribuição e do julgamento social. A psicologia do desenvolvimento entende a empatia como a base do desenvolvimento moral. A empatia tem sido associada ao efeito regulatório na agressão e nos estudos sobre a violência, a um efeito em comportamentos pró-sociais, como a generosidade, a cooperação, a ajuda e outras acções altruístas (Feshbach, 1997, p. 35) sendo mais útil do que a assertividade na manutenção da qualidade dos relacionamentos (Falcone, 1999).

Há também um certo consenso de que empatia engloba várias facetas, verbais e não-verbais (Machado, Beutler & Greenber, 1999) e que é composta de três componentes: os componentes emocionais, os comportamentais e os cognitivos (Falcone, 1999; Bohart & Greenberg, 1997; Goldstein & Michaels, 1985).

Em linhas gerais, o componente emocional seria identificado por sentimentos de compaixão e simpatia pela outra pessoa, além de preocupação com o bem-estar desta. Aqui temos ingredientes como a congruência de humor, experienciar o que a pessoa ou o cliente experiencia, sentir o que o outro sente. Dos diversos conceitos de empatia encontrados na literatura contemporânea, há alguns autores que enfatizam o aspecto emocional, como o faz Feshbach (1997), quando afirma que “em geral, empatia se refere a uma resposta emocional que emana a partir do estado emocional de um outro indivíduo, e apesar da empatia ser definida como uma resposta emocional compartilhada, ela é subordinada a factores tanto cognitivos quanto emocionais” (p. 35).

Já o componente comportamental consiste na exteriorização do entendimento do sentimento e da perspectiva da outra pessoa, de tal maneira que esta se sinta compreendida. Esse componente está intimamente ligado com a comunicação do que se sente.

Por fim, o componente cognitivo é caracterizado pela capacidade de compreender, com acuidade, os sentimentos e perspectivas da outra pessoa, entender à sua perspectiva e aos seus sentimentos, de um ponto de vista externo, de observador (Goldstein & Michaels, 1985; Falcone, 1999; Pavarino, Del Prette & Del Prette, 2005). Tal como veremos no ponto a seguir, o conceito de Teoria da Mente diz precisamente respeito a essa dimensão.

Essa dimensão cognitiva em específico será estudada por nós em maior profundidade nas páginas que se seguem com o nome de Teoria da Mente. Segundo a hipótese de Guy (1987) que apresentamos em nossa introdução, haveriam dimensões em que os psicoterapeutas se desenvolveriam de maneira mais acelerada por trabalharem com clientes no seu cotidiano. A questão central de nosso trabalho empírico é se a esfera cognitiva da empatia não será uma forte candidata para ser uma dessas habilidades bem desenvolvidas entre os psicoterapeutas.

2.2. A Teoria da Mente

Como foi referido acima, a empatia é frequentemente tida pelos especialistas da área como um “conceito alusivo e multidimensional” (Feshbach, 1997, p. 34) e sua mensuração torna-se particularmente complicada para aqueles interessados em estudá-la (Duan & Hill, 1996). Uma tentativa de definição operacional da empatia surgiu da psicologia do desenvolvimento nos últimos anos e é denominada de Teoria da Mente (ToM). Essa perspectiva teórica refere-se à esfera mais cognitiva da empatia. Pensamos que essa abordagem pode ser particularmente útil para uma primeira tentativa de resposta para questão de investigação proposta nesta dissertação, nomeadamente, acerca das habilidades adquiridas pelo psicoterapeuta a partir da prática da psicoterapia.

Assim, neste momento, apresentaremos o conceito de Teoria da Mente (ToM). Este conceito será retomado logo a seguir quando falarmos da empatia no contexto da prática da psicoterapia e em nosso estudo empírico.

2.2.1. O conceito de Teoria da mente

Entende-se por Teoria da Mente (ToM) “a habilidade de atribuir estados mentais a si próprio ou a outras pessoas” e é a “principal forma pela qual compreendemos ou predizemos o comportamento do outro” (Baron-Cohen, 2001, p. 241). A competência de “ler a mente dos outros” é claramente de natureza cognitiva, mas é sobretudo uma competência social e está envolvida em quase todos os tipos de interação humana (Lee et al., 2005; Domes et al., 2005, Baron-Cohen, 1999; 1997; 2001; Falcone, 2001; Feshbach, 1997; Bohart & Greenberg, 1997; de Jou & Sperb, 1999; Maluf et al., 2004). É difícil imaginar como seria o nosso quotidiano se não contássemos com essa capacidade de ler o estado mental das outras pessoas. Baron-Cohen (1999), por exemplo, cita alguns comportamentos que não seriam possíveis se não contássemos com uma ToM desenvolvida: comunicar intencionalmente com as outras pessoas; regular e consertar a comunicação quando essa, por algum motivo falha; ensinar outras pessoas; persuadir outros intencionalmente; enganar outros intencionalmente; construir

planos e metas em conjunto com outras pessoas; compartilhar intencionalmente um tópico ou um foco de atenção e fingir. Nessa perspectiva, a ToM foi claramente uma vantagem evolutiva, tão ou mais importante como foi o desenvolvimento da linguagem e do bipedalismo. Há argumentos de que “sem a ToM, ter a habilidade de falar ou perceber a fala teria sido de pouco ou nenhum valor” (p. 4).

É composta de dois estágios. Um primeiro, o estágio de atribuição, é também a habilidade mais básica de empatizar, ou seja, reconhecer o estado mental de uma outra pessoa. Por exemplo, quando constatamos que uma pessoa sente tristeza. Um segundo estágio subsequente é quando fazemos uma inferência da causalidade ou processo do estado mental inferido. Ou seja, é quando formulamos a hipótese de que a tristeza que reconhecemos em alguém foi causada por algum factor específico ou se deu após algum outro acontecimento. Assim, podemos reconhecer que uma pessoa está triste porque ficou sabendo que sua mãe está doente. Na investigação, é comum encontrarmos autores que descrevem esse conceito como equivalente ao componente cognitivo da empatia. (Dziobek et al., 2005), tal como vimos o conceito introduzido por Mead (1934, cit. Goldstein & Michaels, 1985).

Dessa forma, a atribuição do tipo de estado mental em uma outra pessoa que iremos estudar especificamente nos psicoterapeutas em nossa investigação empírica, é uma *parte essencial* da teoria que formulamos sobre o que o outro sente ou experimenta, mas não é *toda* a teoria da mente. (Baron-Cohen, 2001).

O termo Teoria da Mente foi cunhado por Premack & Woodruff (1978), em seu estudo geminal da área que tinha como objectivo saber se primatas tinham a capacidade de atribuir *crenças falsas*. Uma série de sinónimos têm sido empregues para essa habilidade na literatura, pelos cientistas cognitivos. Alguns deles são leitura da mente (Whiten, 1991, cit. de Jou & Sperb, 1999), mentalização (Morton, Frith & Leslie, 1991, cit. Baron-Cohen, 2001), *folk psychology*¹⁰ (Wellman, 1990, cit. Baron-Cohen, 1999) e “instância intencional” (Dennett, 1987, cit. Baron-Cohen, 1999, p. 3). Os termos inteligência social, cognição social e inteligência emocional costumam também aparecer em diferentes estudos, (Baron-Cohen, 2001), tendo o último alcançado inclusive bastante prestígio em meios extra-académicos (Falcone, 1996, Goleman, 1996). Da

¹⁰ A tradução desse termo tem sido bastante debatida pelos investigadores lusófonos, por isso deixamos como está no original. Para uma discussão aprofundada sobre esse tema, ver em Araújo (2001).

primatologia e etologia, é comum utilizarem os “inteligência maquiavélica”, “meta-representação”, “pan-morfismo e “pongo-morfismo” (Heyes, 1998, cit. Caixeta & Nitrini, 2002). Esses termos reforçam a ideia de que a ToM se sobrepõe ao termo “empatia” em sua vertente mais cognitiva e por isso optamos por utilizar em nosso trabalho o termo Teoria da Mente, tal como foi consagrado na maior parte da literatura disponível, quando nos referirmos à esfera cognitiva da empatia. Utilizaremos a palavra “empatia” quando nos referirmos ao conceito mais amplo, tal como ele vem sendo utilizado na investigação em psicoterapia.

2.2.2. Enquadramento histórico do conceito de Teoria da Mente

Maluf et al. (2004) defendem que a habilidade de compreender a própria mente e a mente dos outros é um tema recorrente na história da psicologia moderna, remontando aos estudos de Wilhelm Wundt, quando utilizava o método introspectivo.

O conceito foi cunhado por Premack & Woodruff (1978), em uma época em que a psicologia cognitiva passou a se preocupar em conhecer alguns processos ditos internos do comportamento e por isso passou a desenvolver experiências com animais (Maluf et al., 2004). Nesse estudo, os investigadores mostravam um vídeo ao chimpanzé, no qual um humano tentava resolver um problema, nomeadamente, conseguir apanhar bananas colocadas fora de seu alcance. Após a apresentação do vídeo, era apresentadas ao chimpanzé algumas fotografias que continham possíveis soluções para aquele problema, por exemplo, o humano com uma vara que lhe permitia apanhar as bananas. Em diversas tentativas, o chimpanzé escolhia a opção correcta para cada situação, o que indicava a capacidade do animal em reconhecer que havia uma situação problema, entender a intenção do humano do vídeo e, finalmente, escolher alternativas compatíveis com aquela intenção. Esse estudo é amplamente reconhecido como o marco inicial dos estudos contemporâneos da Teoria da Mente (Baron-Cohen, 1999; Baron-Cohen et al., 2001; Caixeta & Negrini, 2002; Tirapu-Ustárrroz, 2007).

Outros estudos com primatas se seguiram a esse, com o intuito de demonstrar a habilidade dos primatas em compreender e fazer inferências em seu próprio

comportamento e no dos outros. Povinelli e Preuss (1995, cit. Caixeta & Nitrini, 2002) observaram os chimpanzés com uma metodologia diversificada e concluíram que esses animais foram capazes de se reconhecerem na imagem reflectida pelo espelho, bem como se servirem desse mesmo espelho para observarem partes de seu próprio corpo inacessíveis à observação directa.

Entusiasmados com a proposta metodológica de Premack & Woodruff (1978), os investigadores interessaram-se por saber quando haveria de surgir nas crianças a capacidade de inferir os estados mentais em si próprias e nas outras pessoas. Um paradigma experimental que surgiu para investigar essa questão foi o da falsa crença, desenvolvido por Wimmer & Perner (1983, cit. Maluf et al., 2004). Esse modelo surgiu em contraposição à proposta vigente nessa época baseada no modelo piagetiano, que estava concentrado em explicar como a criança se desenvolve até chegar ao raciocínio abstracto.

A tarefa da falsa crença é um teste desenvolvido por Wimmer & Perner (1983) para verificar até que ponto as crianças são capazes de compreender que as pessoas podem ter crenças que são contraditórias, por vezes incongruentes com a realidade. Esta

“consiste em contar uma história à criança, na qual existem dados que permitem inferir que o protagonista tem uma crença diferente da realidade. A história de Maxi e o chocolate é a seguinte: Maxi está ajudando sua mãe a guardar as compras. Ele coloca o chocolate dentro do armário verde. Maxi lembra, exactamente, onde colocou o chocolate, portanto, ele pode voltar mais tarde e pegar um pouco. Então ele vai ao pátio. Na sua ausência, a mãe precisou do chocolate. Ela pega o chocolate do armário verde e usa um pouco na torta. Depois, ela coloca o chocolate, não dentro do armário verde, mas dentro do azul. Ela sai para comprar ovos, e Maxi regressa do pátio, com fome. Pergunta do investigador: "*Onde Maxi procurará pelo chocolate?*" A criança testada tem que indicar o lugar onde Maxi procurará o chocolate, quando esse regressar à cozinha” (De Jou & Sperb, p. 301).

Inicialmente, foram utilizadas bonecas e algumas histórias curtas. Posteriormente, foram utilizados actores humanos, e foram encontrados os mesmos resultados (Caixeta & Negrini, 2002).

2.2.3. Desenvolvimento da Teoria da Mente

A Teoria da Mente (ToM) está assente nas bases biológicas do comportamento da espécie e manifesta-se de forma tão natural que só se percebe a sua real importância quando está ausente ou limitada, como acontece no caso do autismo (Baron-Cohen, 1999; Maluf et al., 2004). O estudo do autismo através da utilização do teste padrão da crença falsa mostra que essas pessoas falham sistematicamente em reconhecer e prever as ações das outras pessoas, o que causa vários transtornos (Baron-Cohen, 1999) e servem portanto de exemplo de como seria a vida humana sem essa competência social. Nessa perturbação fica mais claro que a ToM seja um traço, relativamente estável. O que não é o caso em outros tipos de problemas.

Sabe-se que outras formas de psicopatologia parecem influenciar na maneira em que as pessoas avaliam os estados mentais. Na depressão, por exemplo, Lee et al. (2005) encontraram diferenças significativas entre os pacientes com depressão severa e o grupo controle de participantes sem história de depressão [$t(65)=2.24$, $p =0.03$]. Apenas uma tendência foi encontrada entre o grupo dos pacientes com depressão severa e o grupo dos pacientes com depressão leve e moderada [$t(43)=1.66$, $p =0.10$]. Em uma outra análise, separando os sintomas afectivos da depressão dos sintomas somáticos da depressão, os autores acharam que a faceta afectiva da depressão está negativamente correlacionada com o desempenho no Teste dos Olhos na amostra das mulheres deprimidas ($b = -0.38$, $p =0.01$). Isso não aconteceu nos aspectos mais somáticos da depressão ($b =0.24$, $p =0.12$). Foram feitas tarefas controle, como pedir que o participante indicasse o sexo do ator fotografado no par de olhos. Não é possível afirmar, a partir desse estudo se a depressão é decorrente de uma habilidade prejudicada de compreender os estados mentais dos outros ou se, pelo contrário, a baixa competência em decifrar os estados mentais estaria na base de erros de avaliação recorrentes, causando problemas interpessoais e no humor. Em outras palavras, não se

sabe se a ToM seria prejudicada por outras perturbações, o que poderia nos levar a falar de um estado.

Baron-Cohen (1989, cit, Caixeta & Negrini, 2002) aponta alguns indícios de que a criança já teria os primeiros elementos de percepção da vida mental, como por exemplo, a atenção compartilhada. Os resultados de Wimmer & Perner (1983, cit. Caixeta & Negrini, 2002) sugerem que essa habilidade só estaria sedimentada por volta dos quatro e seis anos. Roazzi & Santana (1999) encontram em uma amostra de crianças brasileiras que seria apenas a partir dos cinco anos que elas adquirem a habilidade de representar os estados mentais. Essas discrepâncias são provavelmente reflexo da utilização de métodos de investigação diferentes (Caixeta & Negrini, 2002). Por exemplo, o indicador da existência dessa habilidade parece variar bastante entre os autores, sendo muitas vezes a capacidade de acerto na tarefa da falsa crença, a capacidade de brincar de faz-de-conta, a capacidade de teorizar a respeito do que os outros pensam ou por vezes ainda a capacidade de utilizar correctamente os verbos mentais (acreditar, pensar, entender, conhecer, etc.).

Ainda assim, é possível afirmar que as crianças começam a apresentar uma compreensão de que há uma diferença entre a realidade e as representações mentais da realidade entre os dois e os seis anos de idade, mais ou menos o mesmo período em que aprendem a falar (Caixeta & Negrini, 2002). Há estudos que mostram que crianças de quatro anos, com desenvolvimento normal, já conseguem reconhecer quando alguém está pensando, a partir da expressão facial.

Há poucos estudos sobre o desenvolvimento da ToM em amostras a partir dos sete anos de idade. Happé, Winner & Brownell, (1998) mostram que os idosos tem resultados melhores nas tarefas de teoria da mente, mas piores em histórias confusas. Isso faz sentido com a investigação em desempenho cognitivo, uma vez que essa última tarefa está relacionada com uma série de procedimentos que envolvem a memória de curto prazo. Nessa competência, é sabido que há um declínio com a idade. Já nas tarefas de ToM, eram pedidos que os participantes dessem sentido sobre o que se passava em uma determinada história. Essa habilidade de segunda ordem da ToM não só se mostrou intacta, como os idosos se saíram melhor que o grupo de jovens.

2.3. *Empatização x Sistematização*

Decorrente da Teoria da Mente como uma abordagem teórica para entender as causas do autismo, Baron-Cohen e seus colaboradores desenvolveram uma formulação teórica conhecida pela “Teoria do Empatização ou Sistematização”¹¹ (Baron-Cohen, Knickmeyer, & Belmonte, 2005; Nettle, 2007) ou Teoria E-S. Esse modelo distingue dois estilos cognitivos que caracterizariam diferenças individuais. Um deles é a *empatização*, que seria a capacidade de “identificar as emoções e pensamentos de outra pessoa e responder com a emoção apropriada” (Baron-Cohen, 2003, p. 361). Do outro lado do *continuum*, teríamos a capacidade de “analisar as variáveis de um sistema e formular as regras subjacentes que regem o mesmo sistema” (Baron-Cohen et al., 2003, p. 361) e conseguir responder às regularidades dos objectos e eventos (Kreutz, Schubert, & Mitchell, 2008). Esse outro conceito, supostamente oposto ao de empatização é chamado por esses autores de *sistematização*.

Segundo essa teoria, todas as pessoas se situam em algum ponto desse *continuum*. O extremo da sistematização seria, portanto, o autismo. As pessoas portadoras de perturbações do espectro autista são justamente caracterizados por uma extrema necessidade de ordenação da realidade e, ao mesmo tempo, pela dificuldade em se adaptar a sistemas complexos com poucas leis gerais e alto grau de mudança, como é o sistema social em que estamos inseridos (Baron-Cohen, 2006). De facto, as pessoas com o diagnóstico de autismo têm normalmente uma grande preferência pela rotina e ao mesmo tempo mostram alguma resistência à mudança (Baron-Cohen, 2008).

Uma outra consideração importante é a de que não há nenhuma correlação entre inteligência global, tal como medida pelos testes de QI, e esses estilos cognitivos. Billington, Baron-Cohen & Wheelwright (2007) compararam os *scores* do EQ com um o *score* do Raven’s Progressive Matrices e constataram que não são correlacionados. Como veremos, há diferenças entre os sexos para essa dimensão de inteligência, sendo as mulheres normalmente mais empáticas e os homens mais sistemáticos, mas “isso não

¹¹ Do inglês, “*Empathising-Systemising theory*” (Baron-Cohen, 2003). Não foi encontrado na literatura lusófona, as traduções desses termos, por isso utilizamos os termos “empatização” e “sistematização” para dar o caráter dinâmico sugerido pelo gerúndio dos termos originais. Em outras partes do texto, utilizamos também os termos “pensamento empático” e “pensamento sistemático”, para designar os mesmos conceitos.

quer dizer que um sexo é [simplesmente] mais inteligente que outro” (Baron-Cohen, 2003, p. 10). Foram encontradas correlações do estilo sistemático com uma elevada habilidade de manter a atenção em uma tarefa e principalmente focar nos detalhes dessa tarefa (Billington, Baron-Cohen, & Bor, 2008).

2.3.1. Diferenças entre géneros

Em uma revisão sobre o tema, Baron-Cohen (2008) constata que há uma grande variedade de evidências empíricas que suportam sua hipótese de que os estilos cognitivos empáticos e sistemáticos teriam fortes diferenças em relação ao sexo. De facto, outros autores encontram essa diferença que seguem na mesma direcção proposta por Baron-Cohen (2003), ou seja, que os homens seriam mais equipados com habilidades de sistematização e as mulheres mais equipadas com habilidades de empatização (Andrew, Cooke, & Muncer, 2008; Carroll, & Yung, 2006; Nettle, 2007; Billington, Baron-Cohen & Wheelwright, 2007; Focquaert et al., 2007), inclusive quando são feitas comparações entre mais de uma cultura (Wakabayashi et al., 2007; Wakabayashi, Baron-Cohen & Wheelwright, 2006).

É importante notar, entretanto, que ambos os sexos mostram uma grande variação em ambas as dimensões, mas *na média*, as mulheres são mais empáticas e os homens mais sistemáticos, tal como medido pelos dois instrumentos desenhados para essa finalidade, o *Empathizing Quotient Test* (EQ) (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004) e o *Systemizing Quotient Test* (SQ) (Baron-Cohen et al., 2003).

Outros autores já estudaram conceitos correlacionados com a ToM em relação ao sexo utilizando outra metodologia. Davis (1980), por exemplo, utilizando o *Interpersonal Reactivity Index* (IRI), encontra diferenças de géneros, sendo que as mulheres apresentaram *scores* mais elevados em todas as subescalas.

2.3.2. Diferenças entre profissionais

Especialmente interessante para o nosso trabalho empírico é a idéia derivada dessa teoria de que os profissionais de diferentes áreas diferem nos estilos cognitivos. Coincidentemente essa hipótese encontra algum suporte empírico a partir da linha de investigação proposta pelos teóricos da Teoria da Mente. Baron-Cohen (2006) faz uma distinção dos profissionais que têm ao mesmo tempo mais exigências de pensamento empático e menos de pensamento sistemático em suas actividades quotidianas. Os psicoterapeutas podem ser citados como bons exemplos desses profissionais, assim como os professores e os profissionais da saúde, de uma maneira geral. Eles podem ser separados dos profissionais que, por outro lado, têm mais exigências de sistematização e menos de empatização. Exemplos claros desse tipo de profissionais seriam os matemáticos, os engenheiros, os físicos e profissionais da ciência da computação.

A partir dessa distinção, são encontradas na literatura algumas evidências de que os profissionais de diferentes áreas diferem entre si quanto à localização no espectro de “sistemização” e “empatização”. Os matemáticos, por exemplo, seriam fortes candidatos a se localizarem no extremo da sistemização, por trabalharem fundamentalmente com sistemas abstratos caracterizados por ordem. Baron-Cohen, Wheelwright, Burtenshaw, & Hobson (2007) em um *survey* entre estudantes da Universidade de Cambridge, com 378 estudantes de matemática e 414 estudantes de outras áreas, encontraram diferenças significativas quanto à incidência de autismo nos dois grupos e nas respectivas famílias imediatas. Foi encontrado entre os matemáticos e os seus familiares um maior número de casos diagnosticados dentro do espectro autista. Esses dados parecem confirmar a relação entre autismo e a sistemização e também indica que esses profissionais parecem ter uma tendência a ter um estilo cognitivo mais “sistemático”.

Partindo da questão de porquê que menos mulheres normalmente ingressam nas áreas científicas mais rigorosas, como por exemplo a física e química e estão mais presentes nas áreas das humanidades, Billington, Baron-Cohen & Wheelwright (2007) colocaram a hipótese de que não era o sexo o melhor preditor para a escolha da carreira universitária, mas sim ter um estilo cognitivo mais sistemático ou um estilo cognitivo mais empático. Foram recrutados 415 estudantes da área das ciências exactas (59,1% do

sexo masculino e 40,9% do sexo feminino) e 415 estudantes da área das humanidades (29,9% do sexo masculino e 70,1% do sexo feminino). A partir da aplicação dos instrumentos para medir essas duas dimensões os investigadores encontraram diferenças significativas entre os sexos no Quociente de Empatia (QE), sendo que as mulheres tinham médias superiores. No Quociente de Sistematização(QS), também foram encontradas diferenças significativas, mas dessa vez foram os homens que apresentaram médias superiores. Os cientistas também tinham maiores resultados no QS e mais baixos no QE, se comparados com os estudantes das humanidades. Os autores concluem que, independente do sexo, o SQ era um preditor para o ingresso nas ciências exactas (Billington, Baron-Cohen & Wheelwright, 2007).

Focquaert et al., (2007) encontram resultados muito semelhantes aos de Billington, Baron-Cohen & Wheelwright, (2007). Entre os estudantes de ciências, os que ficaram com os maiores *scores* de sistematização foram os estudantes de engenharia e os estudantes de física. Carroll & Yung (2006) também encontram diferenças na mesma direcção. Tanto género quanto as disciplinas profissionais foram preditores de *scores* mais altos de empatização ou de sistematização.

Para a nossa questão de investigação em especial, nomeadamente o desenvolvimento da empatia em psicoterapeutas, embora não tenha sido encontrado nenhum estudo que tivesse os psicoterapeutas especificamente como objecto, Mosley (2005) tem uma hipótese muito particular, na qual afirma que:

“como psicólogo clínico, eu (...) passo a maior parte do meu tempo a trabalhar com sistemas. Eu analiso-os e incentivo que os meus clientes façam o mesmo. Eu mexo nos sistemas e, ousado dizê-lo, tento modificá-los um pouco, esperando que seja para o bem para, no mínimo, criar um sistema diferente. Penso que é razoável que eu sugira que 'sistematizar' é um componente central do meu trabalho. Curiosamente, a psicologia clínica é uma profissão com muito mais mulheres do que homens” (p. 725).

Baron-Cohen (2006), em resposta a essa afirmação defende que o bom psicoterapeuta deveria ter um balanço adequado de sistematização e de empatização. A sistematização permitir-lhe-ia ser capaz de recolher dados, ordená-los de uma maneira lógica e funcional e testar hipóteses a partir desses dados. A empatização é o que

permite que o psicoterapeuta entre na mesma frequência do cliente, conseguindo perceber a sua lógica de ver o mundo e o que sente, além de permitir que o psicoterapeuta demonstre adequadamente o que está a sentir.

2.4. Empatia e Teoria da Mente no psicoterapeuta

De uma maneira geral, a empatia tem sido estudada dentro da psicologia principalmente por três domínios científicos: a Psicologia Social, a Psicologia do desenvolvimento e a psicologia clínica (Duan & Hill, 1996). Nesse ponto da nossa dissertação, pretendemos abordar a empatia e a Teoria da Mente do ponto de vista do psicoterapeuta.

2.4.1. O estudo da empatia na psicoterapia

Se a competência de empatizar é importante em todas as interações humanas, tal como vimos nos pontos anteriores, é de se esperar que em uma relação de ajuda psicológica essa habilidade se torne ainda mais necessária para conseguirmos discriminar os sentimentos e as formas de pensar do cliente e conseguir agir consoante o que ele expressa.

Rogers (1957) é tido como um grande marco para a ênfase dos estudos em empatia na psicologia clínica, quando publica um artigo teórico de grande impacto para a investigação em psicoterapia no qual sugere que as condições suficientes e necessárias para a mudança de personalidade. Essas condições seriam a aceitação incondicional, a empatia e genuinidade. Desde então, proliferaram-se estudos que tentaram verificar empiricamente os seus postulados (Lambert, DeJulio & Stein, 1978; Lambert & Barley, 2001; Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004).

Assim, não é novidade o interesse dos psicólogos clínicos e investigadores em ampliar o entendimento do conceito de empatia sendo ele notado desde psicanalistas, que vêem essa habilidade como parte da cura terapêutica (Duan & Hill, 1996), como para os psicólogos humanistas que a viam como uma das condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica (Rogers, 1957). Mesmo abordagens mais directivas, como a Terapia Cognitivo-Comportamental insistem que uma compreensão empática por parte do terapeuta é uma condição fundamental para a melhor aplicação das técnicas cognitivas (Beck et al., 1997; Beck & Freeman, 1983; Beck & Norcross,

2000). O argumento de que a empatia é uma condição necessária para a psicoterapia parece ser um consenso. Isso quer também dizer que os terapeutas são empáticos? Ou quer dizer que os terapeutas são pessoas mais empáticas que o resto da população? Ou quer dizer que os psicoterapeutas aprendem a ser empáticos no contexto da psicoterapia?

Bohart & Greenberg (1997) defendem que em psicoterapia existiriam três tipos de empatia utilizados pelos psicoterapeuta e não três níveis, como geralmente se categoriza nas disciplinas básicas. O primeiro seria o “*rapport* empático”, que é o entendimento global e aceitação tolerante dos sentimentos e quadro de referência do cliente. É a tentativa do terapeuta de perceber o que o cliente sente a um nível mais geral. É terapêutico, no sentido que ajuda a construção da relação entre terapeuta e cliente.

Um segundo tipo de empatia seria o “entendimento próximo da experiência do mundo do cliente”¹², que é a tentativa do terapeuta de se agarrar à situação percebida pelo cliente. É entender o que é ter esses problemas que o cliente tem, viver numa situação de vida em que o cliente vive. A resposta ideal nesse tipo de empatia seria “não me espanta você sentir como se sente, dado o modo como você experiencia sua situação de vida actual e dado as experiências de vida que você teve” (p. 14). É o que Rogers (1957) chama da habilidade de “sentir como se o mundo privado do cliente fosse o seu, mas sem nunca perder a qualidade de ‘como se’” (p. 99).

Por fim, a “sintonia comunicativa” envolve a sintonia momento a momento com o cliente e respostas empáticas freqüentes. É conseguir sintonizar com o a qualidade da experiência, a intensidade, a fragilidade, o ritmo e o conteúdo do que está sendo expressado pelo cliente. Uma resposta do cliente quando o terapeuta consegue sintonizar é a de “você tirou as palavras da minha boca”.

É bastante reconhecida na literatura a influência da empatia nos resultados terapeuticos. Lafferty, Beutler & Crago (1989), por exemplo, investigaram as diferenças entre 30 terapeutas mais e menos eficazes. Os terapeutas foram alocados nos grupos dos mais e menos eficazes de acordo com a média residual dos resultados obtidos em dois

¹² Do inglês, “Experience-near understanding of the client’s world”.

de seus casos, selecionados aleatoriamente. Dentre uma série de outras medidas que utilizaram para outras dimensões, os autores utilizaram para as atitudes de relação terapêutica o Inventário de Relação de Barrett-Lennard¹³ (Barren-Lennard, 1962, cit. Lafferty, Beutler & Crago, 1989, p. 77). Esse instrumento avalia do ponto de vista do cliente quatro dimensões descritas por Rogers (1957), que são o entendimento empático, o olhar positivo, a aceitação incondicional e a congruência. De todas as variáveis analisadas, as que mostraram maiores diferenças entre os grupos dos terapeutas mais e menos eficazes foram justamente as variáveis relacionais. A partir da medida de empatia, constataram que os terapeutas mais eficazes tinham avaliações quase três vezes maiores que os seus colegas menos eficazes.

Nolen-Hoeksema, (1992) verificou ainda que as diferenças encontradas entre clientes de terapeutas mais e menos empáticos não se limitaram aos resultados em termos de sintomas, como também em termos de satisfação com a terapia e a assiduidade no cumprimento das tarefas de casa.

Os clientes normalmente atribuem as mudanças positivas que tiveram em psicoterapia a características dos seus terapeutas. Por exemplo Strupp, Fox, and Lessler (1969) indicam que os clientes que sentiam a terapia como bem sucedida também descreveram os seus psicoterapeutas como “calorosos, atenciosos, interessados, compreensivos e respeitadores (cit. Lambert & Barley, 2001, p. 358).

Em uma extensa revisão sobre o assunto, Orlinsky, Rønnestad & Willutzki (2004) constatam que os clientes de terapeutas considerados mais calorosos e mais empáticos melhoram significativamente mais do que clientes de terapeutas que são vistos como mais frios. Apesar de existirem, são bem menos os estudos que mostram que a manifestação empática traz efeitos negativos associados (Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004) do que aqueles que mostram uma correlação positiva. Esse facto do notado reconhecimento dos psicoterapeutas e investigadores em relação aos benefícios da empatia no processo e nos resultados em psicoterapia pode facilmente nos conduzir a uma avaliação de que a empatia é só benéfica. Enquanto investigadores, podemos também ficar atentos e perceber essa discrepância como um indício que mais estudos deveriam ser devotados para o tópico dos efeitos negativos da empatia ao processo terapeutico.

¹³ Do original “*Barrett-Lennard Relationship Inventory*” (Lafferty, Beutler & Crago, 1989, p. 77).

2.4.2. O desenvolvimento da Empatia e do Teoria da Mente nos psicoterapeutas

Como vimos em pontos anteriores, a habilidade de ler os estados mentais em outras pessoas dá-se em quase todas interações humanas. Na psicoterapia, a nosso ver, essa habilidade se torna ainda mais necessária para conseguirmos discriminar e agir consoante o que o cliente expressa. Tendo em conta que nem toda a actividade do terapeuta se baseia no discurso do cliente e que muita da comunicação é não verbal, o terapeuta quando está em interação com o cliente está constantemente atento às pistas de seus estados emocionais.

Fora da investigação em psicoterapia encontramos algumas evidências de que a empatia pode ser desenvolvida. Por exemplo, Falcone (1999), aplicou um programa de treino da empatia de 11 sessões, duas vezes por semana, com estudantes universitários que envolvia a identificação de sinais emocionais não-verbais no comportamento dos outros, ouvir e compreender a perspectiva e os sentimentos da pessoa-alvo, sem julgar, declarar entendimento da perspectiva e dos sentimentos da pessoa-alvo e demonstrar compreensão e aceitação através de comunicação não-verbal. Foram utilizadas técnicas de psicoeducação sobre empatia, técnicas de imaginação de cenas de interação social, dramatização e a prática das competências aprendidas nos contextos naturais dos estudantes. O método de avaliação utilizado foi multidimensional, envolvendo questionários e filmes dos participantes do programa em interações social. Foram feitas avaliações antes e depois do treino e uma avaliação de *follow-up*. Em todas as medidas a diferença foi significativa.

Também na psicoterapia, embora os estudos não sejam tantos, há alguma evidência de que o treino dessa habilidade pode ser importante para o desenvolvimento da empatia dos psicoterapeutas. A este propósito, Fernandes & Maia (2008) sugerem que terapeutas mais competentes tendem a ser mais empáticos e responsivos em relação às histórias dos clientes. No mesmo sentido, Goldstein & Michaels (1985) reveêm a investigação sobre a empatia em psicoterapeutas e citam estudos que sugerem que os níveis de treino, a experiência e a terapia pessoal se correlacionam com a empatia.

No entanto, há pouquíssima investigação que demonstre a eficácia dos programas de treino da empatia em psicoterapeutas (Consoli & Machado, 2004).

Entretanto são também poucos os estudos sobre a precisão empática do terapeuta, que utilizem grupos de controlo com nenhum ou pouco treino em psicoterapia (Machado, Beutler & Greenberg, 1999; Hassenstab et al. 2007). Além disto, apesar de existirem vários relatos de programas de treino da empatia para psicoterapeutas (Goldstein & Michaels, 1985), não encontramos nenhum programa de treino relacionando com o conceito específico da ToM para psicoterapeutas.

Como vimos no ponto anterior há alguns estudos que mostram as diferenças em resultados de eficácia em psicoterapia com terapeutas empáticos, tendo os clientes como juízes (e.g., Burns & Nolen-Hoeksema, 1992). A forma como os pacientes percebem os seus terapeutas em termos de mais ou menos empáticos é crucial para o estabelecimento de uma aliança terapêutica eficaz e o conseqüente sucesso (Lafferty, Beutler & Crago, 1989). No entanto, poucos estudos, procuraram testar se os terapeutas têm previamente ao treino habilidades de empatia mais desenvolvidas do que outros profissionais ou a desenvolvem ao longo da carreira. Entretanto, são poucos os estudos que avaliam em termos objectivos se de facto essa habilidade nos terapeutas seria afetada pela experiência ou pelo treino profissional que recebem. Uma outra forma de colocar essa questão é se a empatia seria um brio profissional (Shlien, 1997) ou é de facto algo que é bem desenvolvido entre os psicoterapeutas?

Em uma linha de raciocínio semelhante à nossa, Dziobek et al. (2005) compararam uma população hipoteticamente mais apurada na habilidade de leitura da mente a partir dos olhos (os videntes) com uma população controle composta por profissionais *não especificados* (participantes de outros estudos e profissionais do hospital universitário). Foi hipotetizaram que videntes realizariam muito bem um teste de teoria da mente, uma vez que eles trabalham face a face com os seus clientes e dão conselhos sem saber informações pessoais prévias dos mesmos. Nesse estudo, os autores pediram a dois grupos que respondessem ao Teste de Leitura dos Olhos (Baron-Cohen, 2001). O grupo experimental foi constituído por 22 videntes. O grupo controle foi constituído por 22 profissionais de outras áreas e tinham características demográficas semelhantes às do grupo experimental.

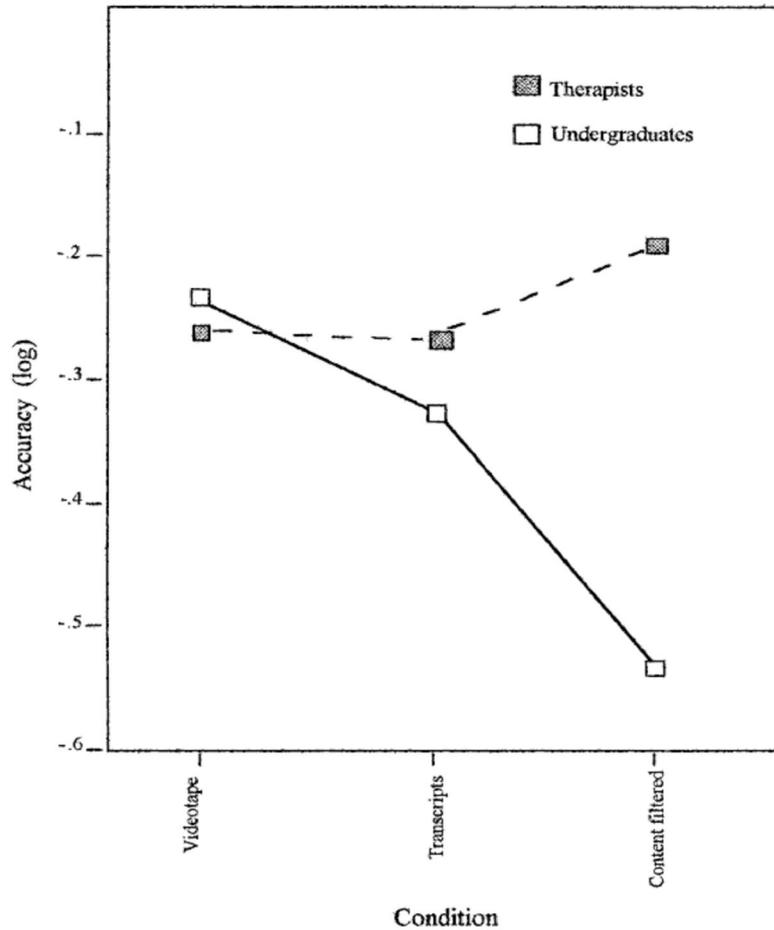
Com a conclusão de que os videntes não são mais eficazes em ler o estado mental de outras pessoas, a investigação de Dziobek et al. (2005) deixa em aberto se haveria de facto uma classe de profissionais que seriam candidatos a ser mais eficaz no reconhecimento das emoções de outras pessoas e sugerem que a investigação deveria se dirigir aos psicoterapeutas, uma vez que esses profissionais, “em contraste aos videntes, por terem tido um treino mais acadêmico, devem se apoiar em pistas sociais mais confiáveis em seu julgamento dos clientes. Ainda sugerem outras classes profissionais como os vendedores, os policiais que trabalham com detecção de mentiras, e professores de teatro. Enquanto os primeiros seriam mais como os videntes, que detectam as emoções mais instintivamente, os que se especializam em detecção de mentiras e teatro usam métodos mais explícitos de decodificação de emoções” (Dziobek et al., 2005, p 243).

Machado, Beutler & Greenberg (1999) avaliaram um grupo de estudantes de licenciatura em psicologia que tinham intenções de seguir a carreira de psicoterapeutas e um grupo de terapeutas experientes quanto à precisão em reconhecer estados emocionais verbais e não verbais. Utilizaram fragmentos significativos de psicoterapia em três formatos: vídeo com a voz do cliente, vídeo com a voz do cliente alterada de maneira que só se percebesse a entonação da voz e por fim, transcrições dos mesmos fragmentos de sessões, para que avaliassem o conteúdo verbal separadamente. Foram apresentados aos dois grupos os diferentes fragmentos. Para estabelecer um critério externo, dois terapeutas experientes determinaram que tipo de emoção o cliente estava manifestando naquelas vinhetas e a sua intensidade.

Os autores encontraram dados que indicam que o maior treino em psicoterapia se correlaciona com a precisão em reconhecer emoções nas vinhetas clínicas de uma maneira geral, independente do tipo de estímulo. O grupo de terapeutas experientes demonstrou a maior diferença na eficácia do reconhecimento das emoções dos clientes quando apresentados aos estímulos não verbais (conteúdo verbal filtrado). O gráfico abaixo foi retirado desse estudo e mostra as diferenças nos resultados entre os dois grupos de psicoterapeutas (terapeutas experientes e estagiários em psicologia clínica) nos diferentes estímulos apresentados.

Gráfico 2.1:

Reconhecimento emocional de terapeutas e estagiários em psicologia clínica nas três condições experimentais (Machado, Beutler & Greenberg, 1999, p. 51).



Em um outro estudo, Hassenstab et al. (2007) tiveram como objectivo do estudo avaliar dois componentes da empatia (cognitivo e emocional) em terapeutas sem utilizar relatos de pacientes, tal como é comumente encontrado na literatura (e.g., Lafferty, Beutler & Crago, 1989; Burns & Nolen-Hoeksema, 1992). Trabalharam assim com a hipótese de que o grupo de terapeutas teria *scores* mais elevados em ambos os componentes e que essa diferença seria por causa do treino, da prática, de factores de personalidade ou da combinação de todos esses factores. Não houve variâncias significativas nos *scores* do Teste de Leitura dos Olhos e de uma outra medida de reconhecimento de emoções utilizada pelos autores. Esses dados contrariam os

resultados de Machado, Beutler & Greenberg (1999), uma vez que não indicam que o treino aumenta a exactidão no reconhecimento de emoções.

Entretanto, como Hassenstab et al. (2007) não utilizaram grupos de terapeutas de diferentes níveis de experiência clínica, e sim, um grupo controle de não-terapeutas, não é possível comparar os resultados directamente com aqueles obtidos por Machado, Beutler & Greenberg (1999). Além disso, o seu grupo de terapeutas no estudo de Hassenstab et al. (2007) era composto por terapeutas jovens treinados em apenas uma abordagem psicoterapêutica, a psicanálise. Parece-nos relevante resolver essa questão com uma metodologia de trabalho diferente.

Para além destas limitações relacionadas com a escassez de estudos sobre o impacto do treino em psicoterapia no desenvolvimento da empatia, e como parte da investigação defende que nem sempre o facto do terapeuta ser empático está relacionado com o treino que recebeu (Rogers, 1957), fica a pergunta de se o terapeuta se diferencia nessa habilidade antes mesmo de sua escolha profissional..

A este propósito, alguns autores defendem que algumas habilidades não podem ser adquiridas através dos treinos formais, como aqueles que são propostos para os psicoterapeutas (Rogers, 1957; Bath & Calhoun, 1977, cit. Consoli & Machado, 2004; Carkhuff, 1968, cit. Consoli & Machado, 2004). Neste sentido e a propósito da empatia, Rogers (1957) defende que essa característica é algo que o terapeuta deve possuir antes de ingressar na profissão, ou em outras palavras, essa é uma característica da pessoa que precede o profissional.

Um terapeuta mestre relata que tem “uma capacidade natural para a empatia, que é o ponto de partida para a maioria das relações” e que sua empatia e capacidade de prever o que a pessoa sente “criam um ambiente seguro (...) no qual as pessoas podem visitar a dor e contar comigo para estar lá, em termos de tempo, de espaço e de predicabilidade (...) e também acredito que ser empático ajuda que as pessoas sejam elas próprias empáticas para si próprias” (p. 8). Entretanto nesse estudo não é possível perceber se a capacidade empática do psicoterapeuta era algo que já tinha *a priori*, tal como acredita Rogers, ou se foi algo que adquiriu com a necessidade diária de empatizar com os seus clientes.

Síntese

Vimos até agora um pouco da importância de se estudar as variáveis dos psicoterapeutas na investigação em psicoterapia, o que inclui estudos sobre a pessoa do psicoterapeuta.

Também abordamos os conceitos de empatia e tentamos compreender porque esse conceito é tão fundamental para a prática clínica, sendo uma unanimidade em muitas das abordagens psicoterapêuticas existentes.

Tendo em vista o nosso interesse sobre o desenvolvimento do psicoterapeuta e tendo em vista a importância da empatia na psicoterapia, o nosso estudo empírico vem logo a seguir e se propõe a comparar uma outra população hipoteticamente mais apurada na habilidade de leitura da mente a partir dos olhos (os psicoterapeutas) com uma população de profissionais que tem estilos cognitivos menos empáticos. Como vimos na revisão sobre a ToM em profissionais, os profissionais das ciências exatas, tais como as engenharias as profissões da área da informática costumam ter estilos cognitivos mais sistemáticos.

Para tentar responder à questão do desenvolvimento da ToM ao longo da carreira profissional, faremos comparações de profissionais em diferentes níveis de experiência.

No próximo ponto começamos por apresentar o nosso estudo empírico que tenta responder a essas questões.

**Parte 2. Estudo empírico: O Desenvolvimento da Teoria da Mente em
Psicoterapeutas**

Introdução

Tal como vimos em nossa revisão da literatura, é uma crença comum a de que a prática da psicoterapia exige um exercício constante do reconhecimento do que o cliente sente e pensa. Vimos também que alguns teóricos dos estudos sobre o desenvolvimento dos psicoterapeutas chamam a atenção para o desenvolvimento de competências em decorrência da prática da psicoterapia.

O presente capítulo apresenta o estudo empírico mencionado na introdução desta dissertação. Partimos da hipótese de que o treino e a prática da psicoterapia proporcionam à pessoa que a pratica, habilidades de avaliar e reconhecer estados mentais de outras pessoas de uma maneira mais acurada do que profissionais que não têm um contato tão pessoal com outras pessoas.

Como vimos em nossa revisão da literatura, há alguns estudos que avaliam a empatia do psicoterapeuta. Entretanto a maioria utiliza como medida o relato do cliente (e.g., Lafferty, Beutler & Crago, 1989; Burns & Nolen-Hoeksema, 1992). Há alguns poucos estudos que utilizam medidas objectivas de empatia para saber se os terapeutas (Hassenstab et al., 2007).

Um deles, o de Hassenstab et al. (2007) não utilizaram grupos de terapeutas de diferentes níveis de experiência clínica, e sim, um grupo controle de não-terapeutas, o que não nos permite inferir se a competência que estamos a estudar se desenvolve em indivíduos ao longo do percurso profissional. Além dessa limitação, o grupo de terapeutas no estudo de Hassenstab et al. (2007) era composto por terapeutas jovens treinados em apenas uma abordagem psicoterapêutica, a psicanálise. Parece-nos relevante resolver essa questão com uma metodologia de trabalho diferente.

Sendo assim, o objectivo geral do presente estudo é avaliar até que ponto a empatia, um dos ingredientes necessários para o estabelecimento de uma aliança terapêutica eficaz, se desenvolve ao longo da carreira profissional dos psicoterapeutas e sua relação com o treino profissional. Esperamos, ao final de nosso estudo poder perceber até que ponto a prática profissional ajuda no desenvolvimento da habilidade empática nos terapeutas.

Um outro estudo que parte da mesma questão é o de Dziobek et al. (2005) que tem por objectivo comparar a competência de ler o estado mental dos videntes.

Justificativa

São bastante documentadas as competências empáticas do terapeuta a partir da avaliação dos clientes e, no entanto, existem poucos estudos que efectivamente medem essas habilidades de um modo objectivo.

Hipóteses

Assim, perguntamo-nos se terão os psicoterapeutas habilidades empáticas mais desenvolvidas em decorrência da prática da psicoterapia? Em nosso estudo procurámos medir uma habilidade específica que é a de inferir o estado mental de uma outra pessoa através da região dos olhos. Nossa hipótese principal é a de que pessoas que praticam psicoterapia teriam essas habilidades mais desenvolvidas, ou seja, acertariam significativamente mais itens do que outros tipos de profissionais. Da mesma forma, pessoas que praticaram psicoterapia por mais tempo, deveriam também ser mais eficazes nesse tipo de tarefa do que os colegas menos experientes.

Em linha com a nossa hipótese geral de que a prática psicoterapêutica, por proporcionar um contato intensivo com clientes expressando emoções complexas, hipotetizamos também que quanto maior for a atividade profissional do terapeuta, maior seria o score do TLO.

Nossa variável dependente foi o resultado do Teste de Leitura dos Olhos e as variáveis independentes foram o nível de experiência do terapeuta, medida por anos de prática e a sua categoria profissional. O desenho utilizado foi *quasi-experimental* e inter-sujeitos.

É comum a idéia de que a metodologia mais segura para se estudar o desenvolvimento é através de estudos longitudinais. Em nosso caso específico isso requereria acompanhar psicoterapeutas desde os seus primeiros anos de prática ao longo de suas carreiras. Pelos limites de tempo impostos, optou-se por um desenho transversal. Assim, procuramos aplicar o TLO a psicoterapeutas de diferentes experiências profissionais. Optou-se também por fazer comparações de psicoterapeutas e estudantes de psicologia com outros profissionais. Como o nosso objectivo era avaliar até que ponto a prática da psicoterapia aumentaria a competência em leitura de emoções complexas, achamos que fazer o contraste com profissões que utilizam menos essa habilidade iria nos ajudar a responder à nossa questão.

3. Método

3.1. Participantes

Nesta secção iremos caracterizar a amostra que compôs o nosso estudo empírico. Começamos por aquela que denominamos “amostra global”, que foi composta por todos os profissionais que fizeram a tarefa do Teste dos Olhos. A seguir caracterizamos a amostra de psicoterapeutas, incluindo os estagiários em psicologia clínica.

3.1.1. Caracterização da amostra global

Os participantes deste estudo incluem 557 pessoas, sendo que 199 são do sexo masculino e 358 do sexo feminino. A média de idade para essa amostra foi de 28,26 ($\pm 9,7$), variando entre 17 até 76 anos. O quadro abaixo mostra a distribuição da amostra global segundo suas categorias profissionais. Podemos notar que os terapeutas têm a maior média de idade (35,22 anos) e também uma das maiores dispersões (D.P. = 10,81). Como é esperado, os estudantes, de uma maneira geral, apresentam as menores médias de idade.

Os profissionais das ciências exactas eram compostos por engenheiros de diversas especialidades (e.g., electricista, mecânica, civil e outras), estatísticos, matemáticos e profissões relacionadas com tecnologias, tais como analistas e desenvolvedores de sistemas. Foram considerados somente os profissionais com escolaridade superior com o propósito de melhor comparar com os psicoterapeutas, e tentar excluir essa possível variável parasita. Os estudantes das áreas de ciências exactas frequentavam os cursos superiores das profissões mencionadas acima.

Os participantes das outras profissões de ajuda referiam-se respectivamente a profissionais e estudantes das seguintes profissões: pedagogia, psicopedagogia, serviço

social, medicina, educação física, enfermagem, fisiologia do exercício, letras, fonoaudiologia¹⁴ e fisioterapia.

Incluiu-se em “outras categorias profissionais” aqueles em relação aos quais não foi possível identificar a natureza da profissão, (e.g., “analista”, “técnico”, “assistente administrativo”) ou aquelas profissões que não pertenciam nem às profissões de ajuda e nem às profissões das ciências exactas, como foi o caso dos advogados, economistas, turismólogos, geólogos, arquitetos, comerciantes, artistas, administradores, analista de mercado, e alguns outros.

Quadro 3.1:

Características demográficas da amostra global

Categorias profissionais	N	Sexo		Idade		
		Masculino	Feminino	Média (D.P)	Mínimo	Máximo
Estudantes de Psicologia	60	14	46	23,97 ($\pm 7,27$)	18	50
Estudantes de outras áreas	39	13	26	22,10 ($\pm 3,29$)	17	32
Estagiários em Psicologia Clínica	33	7	26	25,28 ($\pm 6,29$)	21	48
Psicoterapeutas	133	21	112	35,22 ($\pm 10,81$)	23	76
Outras Categorias Profissionais	47	21	26	32,40 ($\pm 10,84$)	21	67
Estudantes de outras profissões de ajuda	37	10	27	22,70 ($\pm 6,31$)	17	52
Estudantes das exactas	91	54	37	22,12 ($\pm 4,01$)	17	48
Outros profissionais de ajuda	14	6	8	35,07 ($\pm 10,18$)	21	53
Profissionais das Exactas	72	46	26	30,25 ($\pm 8,9$)	17	54
Psicólogos não terapeutas	31	7	24	28,61 ($\pm 6,08$)	23	47
Total	557	199	358	28,26 ($\pm 9,7$)	17	76

¹⁴ A profissão chamada de fonoaudiologia no Brasil corresponde ao que em Portugal é chamado de Terapia da Fala.

3.1.2. Caracterização do grupo de psicoterapeutas e estagiários em psicologia clínica

Para a caracterização do grupo dos psicoterapeutas, foi utilizada a estrutura do Questionário Comum de Desenvolvimento de Psicoterapeutas (Branco Vasco, 1999; Orlinsky, 1999), que será melhor descrito abaixo na secção dos instrumentos.

O quadro abaixo caracteriza o grupo de psicoterapeutas, incluindo os estagiários em psicologia clínica, segundo o gênero e a idade. Como é esperado nessa população as mulheres estão em maior número em todas as categorias de experiência profissional¹⁵. Também como é esperado que a idade dos psicoterapeutas aumente de acordo com a classe de experiência.

Quadro 3.2:

Características demográficas da amostra dos psicoterapeutas

Categorias de experiência profissional	N (%)	Sexo		Idade			
		Masculino	Feminino	Média	(D.P)	Mínimo	Máximo
Terapeutas Novatos e Aprendizes (<3,5 anos)	80 48.2%	13	67	27.28	7.28	21	55
Terapeutas Graduados (3,5 a 7 anos)	28 16.9%	8	20	30.78	6.07	23	48
Terapeutas Estabelecidos (7 a 15 anos)	27 16.3%	3	24	34.63	6.45	26	50
Terapeutas Maduros e Seniores (15 a 53 anos)	31 18.7%	4	27	49.58	7.54	38	76
Total	166	28	138	33.28	10.85	21	76

¹⁵ Foi utilizada a classificação feita por Orlinsky & Rønnsted (2005), em seu estudo sobre o desenvolvimento dos psicoterapeutas, mencionada na primeira parte dessa dissertação, segundo a experiência profissional: Terapeutas “Novatos” (<1,5 anos de experiência clínica), Terapeutas “Aprendizes” (1,5 a 3,5 anos), Terapeutas “Graduados” (3,5 a 7 anos), Terapeutas “Estabelecidos” (7 a 15 anos), Terapeutas “Maduros” (15 a 25 anos), Terapeutas “Seniores” (25 a 53 anos).

3.1.2.1. Identidade profissional

A seguir faremos uma caracterização mais detalhada dos grupos em que as variáveis associadas à psicoterapia são relevantes, nomeadamente o grupo dos psicoterapeutas e dos estagiários em psicoterapia.

O quadro 4.3 indica as respostas dos participantes à pergunta “Qual é a sua identidade profissional? Ou seja, como se refere a si próprio em contextos profissionais?”. Foi notável a predominância dos psicólogos nessa amostra, com 101 dos 166 psicoterapeutas (60,84%). Esses foram seguidos pelos psicoterapeutas leigos. Orlinsky & Rønnestad (2005) chamam de psicoterapeutas leigos aqueles que não se identificam com nenhuma classe profissional específica. Provavelmente, são pessoas que vêm de outras formações de base, mas que se especializaram em alguma abordagem psicoterapêutica.

Trinta e três são os terapeutas que se identificam como estagiários em psicologia clínica. Os psicanalistas e psiquiatras estão pouco representados nessa amostra, com 6 (3,61%) e 2 (1,2%), respectivamente. Outras identidades profissionais representaram 3,8% da amostra.

Quadro 3.3:

Identidade profissional dos psicoterapeutas

Estagiário em psicologia Clínica	Psiquiatra	Psicólogo	Psicanalista	Psicoterapeuta leigo	Outra identidade	Total
33	2	101	6	19	5	166
19,87%	1,2%	60,84%	3,61%	11,44%	3,01%	100,0%

Os 33 estagiários que compõem a nossa amostra de psicoterapeutas são estudantes de licenciatura em psicologia que optaram por se especializar em psicologia clínica. Vinte (60,6%) desses estagiários têm a intenção de seguir a carreira de psicoterapeuta contra dois (6,1%) que dizem não ter essa intenção. Onze (33,3%) dos estagiários em psicologia clínica dizem não saber ao certo.

3.1.2.2. Tempo de prática em psicoterapia

O tempo de prática em psicoterapia foi medido em anos. A tabela abaixo mostra que há uma grande variabilidade do tempo de prática entre os psicoterapeutas, sendo a média de 9,46 anos ($\pm 9,39$). Esses valores variaram entre um mínimo de zero até 46 anos de prática clínica. Dos participantes que se denominaram psicoterapeutas, somente quatro terapeutas relataram não ter nenhuma prática clínica. Os 33 participantes que se denominaram estagiários em psicologia clínica foram incluídos entre os terapeutas novatos e aprendizes. Em relação a esse subgrupo, o seu tempo de prática em psicologia clínica não ultrapassou a um ano.

Quadro 3.4:

Tempo de prática em psicoterapia dos psicoterapeutas

Classificação de Orlinsky & Rønnestad (2005)	N	Média (D. P.)		Mínimo	Máximo
Terapeutas Novatos e Aprendizes ($<3,5$ anos)	80	1,07	1,18	0	3,5
Terapeutas Graduados (3,5 a 7 anos)	28	5,24	0,97	4	7
Terapeutas Estabelecidos (7 a 15 anos)	27	10,22	2,51	7,33	15
Terapeutas Maduros e Seniores (15 a 53 anos)	31	24,19	6,91	15,08	46
Total	166	7,58	9,21	,0	46

3.1.2.3. Prática profissional recente

Para medir a prática profissional recente, foi pedido aos participantes que indicassem o número de casos atendidos no último ano. Foram pedidas quatro estimativas diferentes que foram, nomeadamente: 1) estimativas do número de casos atendidos em diferentes modalidades terapêuticas (terapia individual, terapia de casal, terapia familiar, terapia de grupo e outras modalidades em psicoterapia), 2) estimativas do número de casos atendidos em diferentes faixas etárias (clientes com até 12 anos, de 12 a 19 anos, de 20 a 29 anos, de 30 a 49 anos, de 50 a 65 anos e clientes com mais de 65 anos), 3) estimativas do número de casos atendidos em diferentes psicopatologias (transtornos do desenvolvimento, problemas de humor, problemas de ansiedade, transtornos de personalidade, transtornos psicóticos, problemas de comportamento, problemas relacionados ao consumo de substâncias, problemas sexuais, transtornos alimentares, problemas com o sono e outros tipos de problemas), e finalmente 4) estimativas do número de casos atendidos com diferentes graus de severidade (desde clientes com “Sintomas ausentes ou mínimos, funcionando socialmente” até clientes “com perigo real de machucar a si próprio ou aos outros ou incapacidade de cuidar da higiene pessoal mínima, ou incapacidades significativas de comunicação”).

Devido à variação entre essas diferentes estimativas feitas pelos psicoterapeutas, foi utilizado uma média das mesmas.

Quadro 3.5:

Atividade clínica no último ano estimada pelos participantes(em número médio de clientes)

Categoria Profissional	Média	D. P.	Mínimo	Máximo
Estagiários em Psicologia Clínica	7.9167	7.31	00	28.75
Psicoterapeutas	42.8346	34.01	00	165
Total	35.8931	33.63		

3.1.2.4. Tipo de treino predominante

Para medir o tipo de treino predominante a que os participantes se submeteram ou se submetem foi pedido que indicassem até 5 formações que tivessem feito ou que estivessem a fazer actualmente e que informassem o tempo de cada uma dessas formações e a importância que tinham em sua prática clínica actual. Os casos foram analisados e encaixados em categorias previamente definidas por Orlinsky & Rønnestad, 2006, tal como vemos na quadro abaixo.

Quarenta e sete participantes (35,33%) tiveram predominantemente treino em modelos com bases psicanalíticas e psicodinâmicas. Esses foram seguidos por 41 participantes que tiveram treino predominantemente em modelos comportamentais. Os restantes se distribuíram pelos modelos cognitivos (18 participantes, 13,53%), Modelos existencialistas, humanistas e fenomenológicas (6 participantes, 4,51%), Modelo Sistêmico (3 participantes, 2,25%) e outros modelos (5 participantes, 3,75%). Cinco participantes (3,75%) não assinalaram nenhum treino em psicoterapia e seis (4,51%) não responderam a pergunta.

Quadro 3.6:

Caracterização dos Psicoterapeutas quanto ao tipo de treino que tiveram

	Psicoterapeutas		Estagiários em Psicoterapia Clínica	
	N	%	N	%
Modelos Cognitivos	18	13,53	10	30,3
Modelos comportamentais	41	30,82	2	6,1
Modelos com bases psicanalíticas e psicodinâmicas	47	35,33	10	30,3
Modelos existencialistas, humanistas e fenomenológicas	6	4,51	3	9,1
Modelo Sistêmico	3	2,25	0	0
Outros	7	5,26	2	6,1
Nenhum treino em psicoterapia	5	3,75	6	18,2
Não responderam a essa pergunta	6	4,51	-	-
Total	133	100	33	100

3.2. Instrumentos

Nesta secção apresentamos os instrumentos utilizados para a recolha dos dados junto dos participantes.

3.2.1. Questionário adaptado do Questionário Comum de Desenvolvimento de Psicoterapeutas

O QCDP foi usado para recolher dados de a caracterização da amostra. Este instrumento foi, adaptado a partir da versão portuguesa do Questionário Comum de Desenvolvimento de Psicoterapeutas (Branco Vasco, 1999; Orlinsky, 1999). A versão original americana, o "*Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire*", (QCDP) foi desenvolvida para um projecto multicêntrico sobre o desenvolvimento de psicoterapeutas, coordenado por Orlinsky e seus colaboradores (1999; Orlinsky & Rønnestad, 2005). No nosso estudo, foram utilizadas questões sobre a identidade profissional do psicoterapeuta, questões sobre o tempo de prática em psicoterapia, questões sobre a prática profissional recente, questões sobre o tipo de treino a que se submeteram ou submetem-se e finalmente questões sobre o desenvolvimento global como psicoterapeuta. A utilização dessas partes dos questionários foi feita com o consentimento dos autores originais.

3.2.2. Teste de leitura dos olhos

A escolha de um instrumento para avaliar a empatia deveria levar em consideração a definição teórica e operacional que a variável adopta naquele estudo em particular (Koller, Camino & Ribeiro, 2001). Como nosso estudo se propõe ser um primeiro de uma linha de investigação sobre os aspectos aprendidos pelo psicoterapeuta com a prática da psicoterapia faz-nos sentido começar por um constructo que seja bem delimitado e que conte com uma operacionalização satisfatória. Para avaliar a

habilidade de reconhecimento de emoções complexa a partir dos olhos, foi utilizado uma versão portuguesa do "*Reading the Mind in the Eyes Test*" (Baron-Cohen et al., 1997), a qual traduzimos por Teste de Leitura dos Olhos.

Essa tarefa cognitiva tem por objectivo medir a habilidade de primeira ordem da ToM, ou seja, a capacidade do participante reconhecer estados mentais em outras pessoas. Essa medida já foi utilizada em um grande número de estudos em muitas diferentes populações. Para o estudo da Teoria da Mente em problemas psiquiátricos, o TLO já foi utilizado em estudos com pacientes com autismo ou Síndrome de Asperger (Dorris et al., 2004; Kleinman et al., 2001; Rutherford et al., 2002), pacientes esquizofrênicos (Craig et al., 2004; Kelemen et al., 2003), pacientes diagnosticados com psicopatia (Richell et al., 2003), pacientes com demências (Gregory et al., 2002), no estudo da disforia (Harkness et al., in press) e pacientes deprimidos (Lee et al., 2006), para citar alguns exemplos.

Com psicoterapeutas, entretanto, encontramos apenas um estudo que utilizou essa mesma medida (Hassenstab et al., 2007). Com um objectivo semelhante ao nosso, de verificar as diferenças entre profissionais em relação à ToM, Dziobek et al. (2005) utilizou o TLO com videntes e comparou-os com outros profissionais.

Defende-se que o TLO tem duas grandes vantagens, que o torna um bom método de avaliação da decodificação dos estados mentais de outras pessoas. Um deles é que é um teste relativamente difícil e que capta diferenças subtis (Baron-Cohen, 2001; Lee et al. 2006; Domes et al., 2006; Dziobek et al., 2006). Há evidências na literatura de que que a informação exclusivamente dos olhos torna a interpretação mais difícil do que mostrar todo o rosto, ao mesmo tempo que informa significativamente mais que se apresentarmos somente a região da boca (Baron-Cohen, 1997). O estudo de desenvolvimento do teste mostra que adultos saudáveis acertam 70% da tarefa, o que permite a detecção de diferenças de grupo, mesmo que subtis. Os autores do teste mostram que apresentar somente a região dos olhos é também um procedimento tão confiável quanto mostrar o rosto inteiro (Baron-Cohen, Wheelwright & Jolliffe, 1997; Baron-Cohen et al., 2001).

A segunda vantagem é a de esse ser um procedimento bastante simples de aplicar (Lee et al., 2006). Esse instrumento foi primeiramente desenvolvido para a

avaliação de autistas e posteriormente adaptado para detectar variações mais sutis em pessoas com funcionamento cognitivo normal (Baron-Cohen et al., 2001). Consiste na apresentação de 36 pares de olhos expressando diferentes tipos de emoção. Os olhos mostrados são do sexo masculino e feminino. O participante escolhe entre quatro termos apresentados, o que descreve melhor a expressão ou estado mental da fotografia da região dos olhos correspondente.

Alguns exemplos do teste são apresentados abaixo:

Figura 3.1:

Apresentação online do Teste de Leitura dos Olhos, tal como aparecia para o utilizador

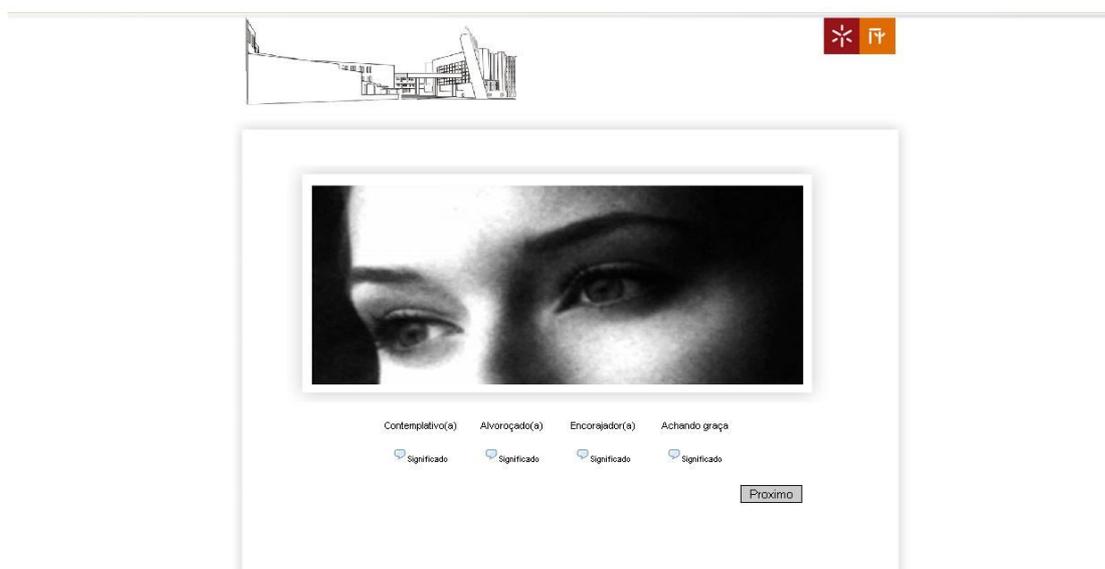
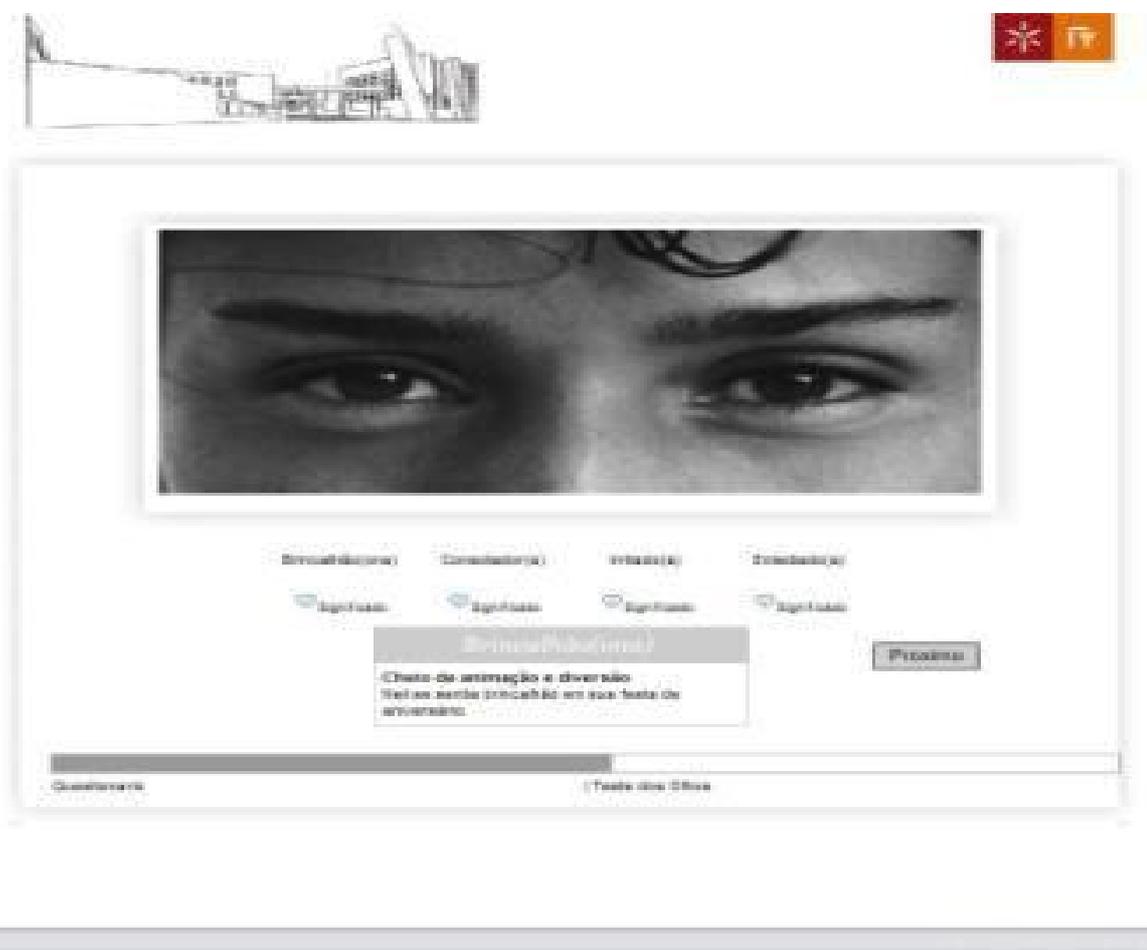


Figura 3.2:

Apresentação online do Teste de Leitura dos Olhos, incluindo uma janela do glossário



3.2.2.1. Tradução e adaptação do Teste de Leitura dos Olhos para o Português

Foi feita uma tradução do Teste de Leitura dos Olhos (TLO) para o português do Brasil, utilizando procedimentos baseados em Sartorius & Kuyken (1994). Dois tradutores brasileiros, ambos psicólogos fluentes no inglês, sendo um deles bilíngue, fizeram a tradução do glossário, que é fornecido juntamente com o teste (Anexo 4). Esse glossário fornece outros significados para a palavra e ainda mostra frases em que a palavra é utilizada, com a finalidade de esclarecer o seu significado. Três tradutores leigos, com formação em linguística, fizeram de maneira independente a tradução do

inglês para o português dos termos utilizados no teste. Esses tradutores utilizaram como base o glossário previamente traduzido.

Uma juíza leiga, também bilíngue, avaliou nos casos de divergência na tradução qual seria o termo mais apropriado. Com essa lista de palavras, dois nativos do inglês americano, ambos com formação em linguística e tradução, fizeram a retroversão das palavras. Foi pedido que ambos sugerissem mais de uma palavra na língua original do teste para aumentar as possibilidades de coincidência. Nos casos em que nenhuma das retroversões coincidiam com a original, foi perguntado aos tradutores se concordavam com a tradução feita. Dois juízes, ambos psicólogos, sendo que um deles bilíngue, decidiram ainda qual dos termos seria o mais apropriado, nos casos de discordância da retroversão.

Foi realizado um pré-teste do instrumento com psicoterapeutas e leigos para aferição da linguagem e para verificação do efeito tecto. Não foi verificado o possível efeito tecto. O protocolo de recolha dos dados foi aprovado pela Comissão Científica do Departamento de Psicologia da Universidade do Minho.

3.2.2.2. Itens do TLO utilizados para a análise dos dados

Uma vez que a taxa de acertos tende a ser bastante alta em outros estudos e para evitar um efeito de tecto (Domes et al., 2006; Dziobek et al., 2005; Hassenstab et al., 2007), procedemos a análise dos dados, de modo a identificar quais os itens menos discriminativos para esta amostra. Esses itens foram excluídos das análises posteriores, tal como feito por outros investigadores que utilizaram o mesmo instrumento com uma amostra semelhante à nossa (Domes *et al.*, 2006; Dziobek et al., 2005; Hassenstab et al., 2007). Assim, a partir da análise da frequência de acertos de cada item, identificamos os 24 itens mais difíceis para esta amostra, que passaram a ser considerados para o cálculo do resultado global da tarefa proposta.

Seguindo esse critério os itens que entraram para a análise dos dados foram 02, 03, 05, 08, 10, 11, 12, 13, 18, 20, 24, 26, 28, 30, 32, 33, 34 e 36. O quadro abaixo indica os itens menos e mais discriminativos, a partir da taxa de acertos.

Quadro 3.7:

Taxa de acertos dos itens do Teste de Leitura dos Olhos, em ordem crescente de dificuldade

Frequência		
Item	de acertos	% de acertos
Item 8	211	37,9
Item 20	314	56,4
Item 10	319	57,3
Item 36	321	57,6
Item 24	326	58,5
Item 32	333	59,8
Item 2	334	60,0
Item 18	343	61,6
Item 28	361	64,8
Item 12	363	65,2
Item 34	369	66,2
Item 11	375	67,3
Item 5	383	68,8
Item 26	383	68,8
Item 33	406	72,9
Item 3	407	73,1
Item 30	411	73,8
Item 13	425	76,3
Item 22	433	77,7
Item 23	435	78,1
Item 35	435	78,1
Item 27	436	78,3
Item 14	449	80,6
Item 4	453	81,3
Item 6	454	81,5
Item 29	455	81,7
Item 17	456	81,9
Item 7	464	83,3
Item 21	484	86,9
Item 15	486	87,3
Item 1	488	87,6
Item 25	488	87,6
Item 16	490	88,0
Item 9	491	88,2
Item 31	505	90,7
Item 19	508	91,2

3.3. Procedimentos

A recolha de dados foi feita com a população brasileira através da *Wide World Web* entre os meses de abril e outubro de 2008. Foi desenvolvido um *website* em português e publicado no endereço <www.testedosolhos.com>. Para o recrutamento dos participantes foram enviados *e-mails* para listas de associações de estudantes, entidades profissionais, além de listas de *e-mails* pessoais fornecidas por colegas. Foi também utilizado um método “bola-de-neve”, a qual consistiu em pedir aos participantes que indicassem outras pessoas de seus conhecimentos com características profissionais semelhantes que poderiam ter interesse em participar.

Para evitar que os mesmos participantes respondessem duas vezes, foi-lhes pedido que registassem os seus endereços electrónicos. Além disso, no consentimento informado, eles afirmavam nunca ter participado nesta investigação.

Foi explicado aos participantes a natureza da investigação, o funcionamento do questionário e o tempo estimado para realização da pesquisa. Todos participaram voluntariamente e não receberam dinheiro nem qualquer outro benefício pela participação no estudo. Ao chegarem ao final do teste, foi-lhes fornecido o resultado e o tempo que tinham levado para completar a tarefa.

Por problemas técnicos, não foi possível saber com exactidão o número pessoas que acedeu ao *site* no período da recolha de dados. Entretanto estima-se, através da leitura retrospectiva efectuada pela ferramenta *Web Server Statistics* que o número tenha sido de 1395 visitantes. Esse número reflecte todos os acessos à primeira página do site. Desses, 833 pessoas prosseguiram com o registo na base de dados, fornecendo seus endereços electrónicos.

Desse total, 276 participantes foram excluídas da amostra. Constituíram critérios de exclusão, não ter sequer começado a responder ao TLO, ter parado a meio do teste ou haver mais do que duas respostas em branco ao longo do teste.

A tabela abaixo organiza o número de pessoas excluídas da amostra e os motivos.

Quadro 3.8:

Crêterios de Exclusão da amostra e número de casos excluídos

Motivo da Exclusão	Número de Participantes
Não responderam a nenhuma questão	211
Começaram a responder, mas não terminaram o teste	35
Pessoas que excederam o dobro do tempo médio de resposta	08
Tiveram mais que duas respostas em branco	12
Profissões não especificadas	10
Total	276

Foi controlado o tempo de resposta do teste para termos a certeza de que as pessoas não procuraram as respostas corretas em outros sítios da *Internet* ou discutiram as respostas com outras pessoas. A média do tempo de resposta da amostra geral foi 676,38 segundos. Oito pessoas foram excluídas por ficarem mais que o dobro da média do tempo de resposta da amostra geral, por sugerir d vidas no procedimento de resposta como por exemplo ter feito o teste em simultâneo com outras actividades. Assim, para a análise dos dados, foram utilizados 557 sujeitos que responderam ao Teste de Leitura dos Olhos até o final.

3.4. Análise dos dados

Os dados foram analisados com o suporte do *software* estatístico *Statistical Package for Social Sciences*, em sua versão 16.0 (SPSS, Chicago, Ill).

Foram utilizados testes não-paramétricos de Mann-Whiney para testar as diferenças no resultado do TLO, nossa variável dependente, em função do sexo, do tipo de treino em psicoterapia recebido e das categorias profissionais O Coeficiente de Correlação de Pearson foi utilizado para testar a associação da variável independente idade com o resultado no TLO.

4. Resultados

A Análise Exploratória dos Dados revelou não estarem cumpridos os pressupostos de normalidade e de homogeneidade para a utilização dos testes paramétricos com a nossa variável dependente, nomeadamente o *score* do Teste da Leitura de Olhos (TLO). A variável comportou-se de forma não normal nos grupos de estudantes de psicologia, dos psicoterapeutas e dos estudantes de ciências exactas que são, justamente, alguns dos grupos em que iremos testar nossa hipótese principal.

Foi feita ainda a tentativa de transformar essa variável em uma função logarítmica, tal como recomendado por Field (2005), para esse tipo de casos. Antes foi preciso inverter a assimetria negativa em positiva para então utilizar a função logarítmica na variável. Ainda assim a não normalidade permaneceu nos mesmos grupos citados anteriormente, fazendo com que os pressupostos para os testes paramétricos não foram cumpridos.

As duas primeiras análises apresentadas referem-se ao efeito do sexo e da idade nos resultados do TLO. Essas foram feitas para interpretarmos os dados mais tarde e não se referem às hipóteses principais de nosso estudo.

4.1. Diferenças entre gêneros

Devido ao facto de nossa amostra ser composta por participantes do sexo masculino ($n = 199$) e feminino ($n = 358$), foi testado a influência do sexo na variável dependente, *score* do TLO. O quadro abaixo mostra que o teste não-paramétrico de Mann-Whitney revelou uma diferença significativa entre os sexos quanto ao resultado do TLO ($Z = -1.9, p < .05$), tendo as mulheres resultados sistematicamente maiores. Apesar de termos utilizado medidas não-paramétricas, apresentamos os resultados com a média e o desvio-padrão, para facilitar a interpretação. Esses resultados referem-se à média da nossa amostra global, incluindo todos os participantes.

Quadro 4.1.:

Diferenças entre o sexo masculino e feminino no resultado do TLO na amostra global

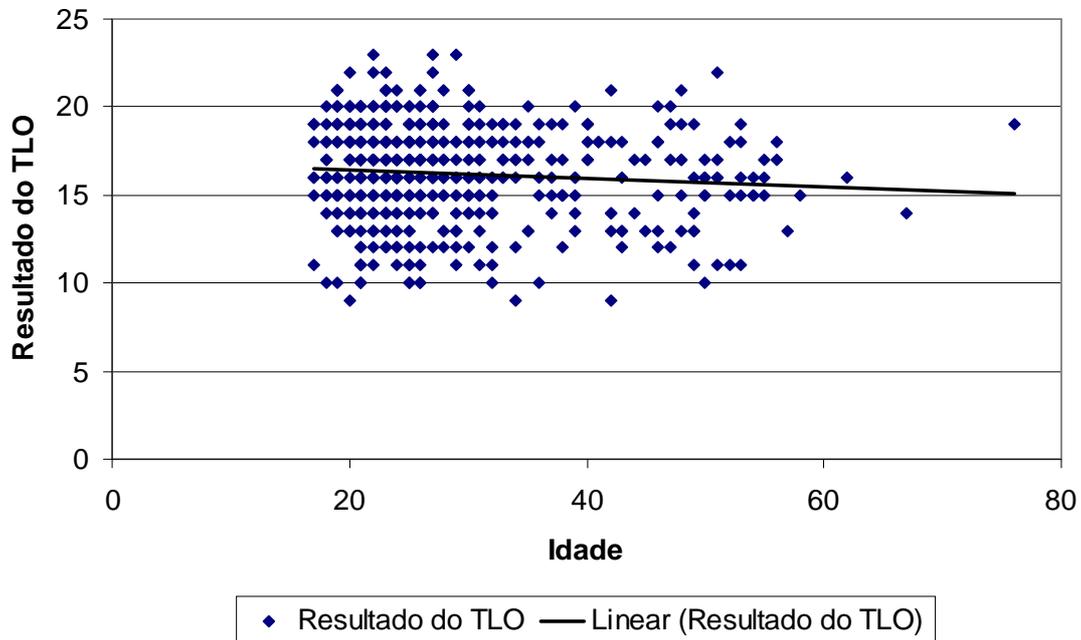
Sexo	N	Média	DP	Ordem Média
Masculino	199	15,89	2,65	261,76
Feminino	358	16,37	2,63	288,58

4.2. Idade e Resultado do TLO

Para testar o efeito da idade no resultado do TLO, o teste de Pearson indicou uma correlação negativa significativa entre as duas variáveis ($r = -.085$, $p < .05$). Isso significa curiosamente que quanto menor é a idade, maior é o score do TLO, na amostra global dos participantes da investigação, tal como mostra a linha de tendência do gráfico de dispersão abaixo.

Gráfico 4.1.:

Influência da idade do participante no resultado do TLO



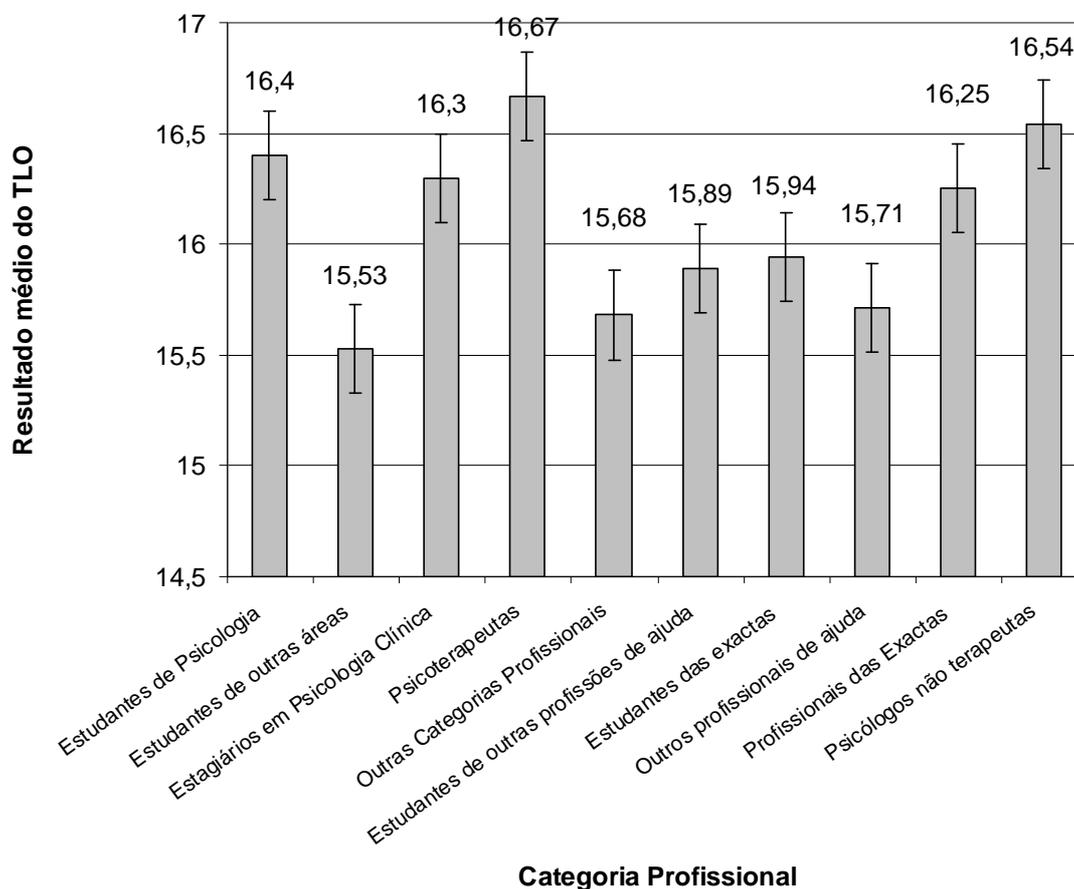
4.3. Categoria profissional e o resultado do TLO

Nesta secção apresentamos os resultados mais relevantes para a nossa hipótese de trabalho. Ora, se a experiência com a psicoterapia tem um efeito de potencializar as habilidades empáticas de primeira ordem de quem a pratica no quotidiano deveria obter resultados maiores no TLO.

O gráfico abaixo indica que as maiores médias dos resultados do TLO foram, de facto, obtidas pelos grupos relativos aos profissionais das ciências psicológicas. A mais alta foi conseguida pelo grupo dos psicoterapeutas ($\bar{x} = 16,67$), seguida pelos psicólogos não-psicoterapeutas ($\bar{x} = 16,54$), pelos estudantes em psicologia ($\bar{x} = 16,40$) e pelos estagiários em psicologia ($\bar{x} = 16,30$). Logo em seguida vieram os profissionais de exactas ($\bar{x} = 16,25$) e os estudantes das exactas ($\bar{x} = 15,94$). Entretanto nenhuma dessas diferenças são significativas.

Gráfico 4.2.:

Resultado médio do TLO nas diferentes categorias profissionais da amostra global

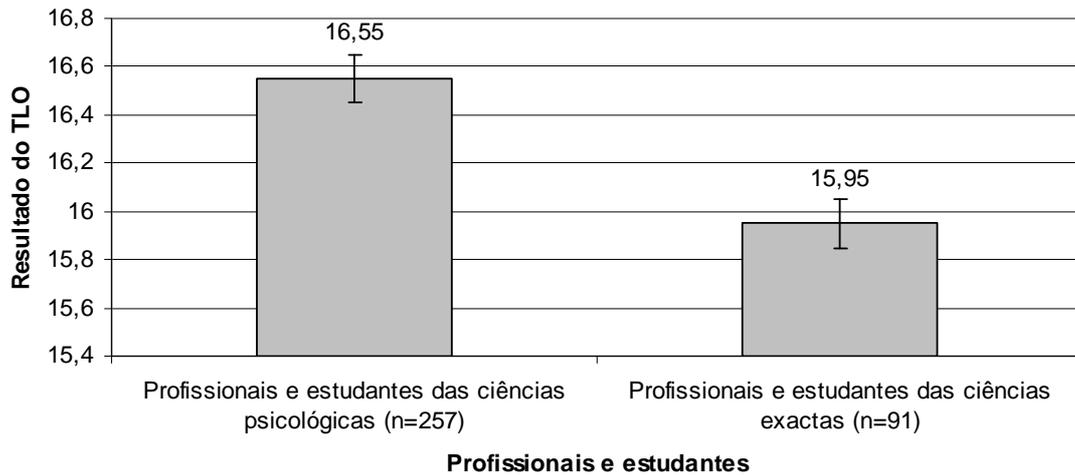


4.3.1. Diferenças entre profissionais das ciências psicológicas e profissionais das ciências exactas

De facto, se dividirmos esses participantes em categorias mais amplas como "profissionais e estudantes das ciências psicológicas" e "profissionais e estudantes das ciências exactas", tal como mostra o gráfico 5.3 notamos uma leve tendência para que os primeiros tenham resultados maiores. Mas tampouco as diferenças são significativas nesses resultados do TLO ($Z = -1.73$, $p = .083$).

Gráfico 4.3.:

Diferenças entre os participantes das ciências psicológicas e os participantes das ciências exactas

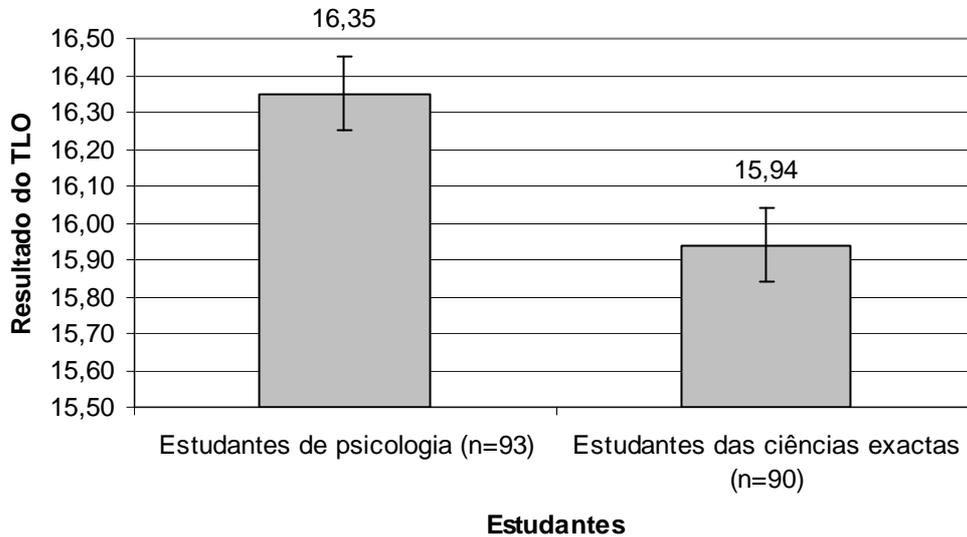


4.3.2. Diferenças entre os estudantes de psicologia e estudantes das ciências exactas

Para termos a certeza se os estudantes de psicologia já não teriam a partida habilidades empáticas mais desenvolvidas do que os seus colegas estudantes das ciências exactas, aplicamos o teste de diferenças não paramétrico de Mann-Whitney para comparar as médias dos dois grupos. O gráfico 5.4 mostra as diferenças entre os dois grupos. Apesar dos estudantes de psicologia terem resultados mais altos, as diferenças entre esses dois grupos não são significativas ($Z = -1.085$, $p = .28$).

Gráfico 4.4.:

Diferenças entre estudantes de psicologia e estudantes das ciências exactas no resultado do TLO

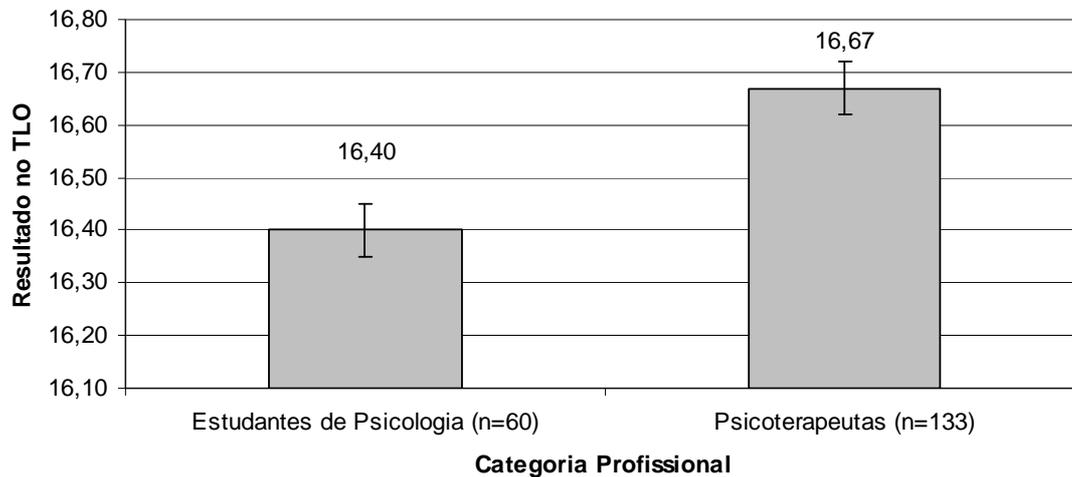


4.3.3. Diferenças entre os estudantes de psicologia e os psicoterapeutas

O teste de Mann-Whitney foi utilizado novamente para testar se um grupo com muita prática em psicoterapia (os psicoterapeutas) teriam resultados diferentes de um grupo com nenhuma prática em psicoterapia (os estudantes dos primeiros anos de psicologia). Diferentemente das comparações anteriores, essa comparação foi feita com o intuito de verificar se acharíamos diferenças entre grupos com características psicológicas teoricamente semelhantes, mas em momentos desenvolvimentais diferentes. Entretanto, nenhuma diferença foi encontrada ($Z=-.323$, $p=.747$). O gráfico 5.5 mostra os resultados encontrados nos dois grupos.

Gráfico 4.5.:

Diferenças entre os estudantes de psicologia e os psicoterapeutas no resultado do TLO

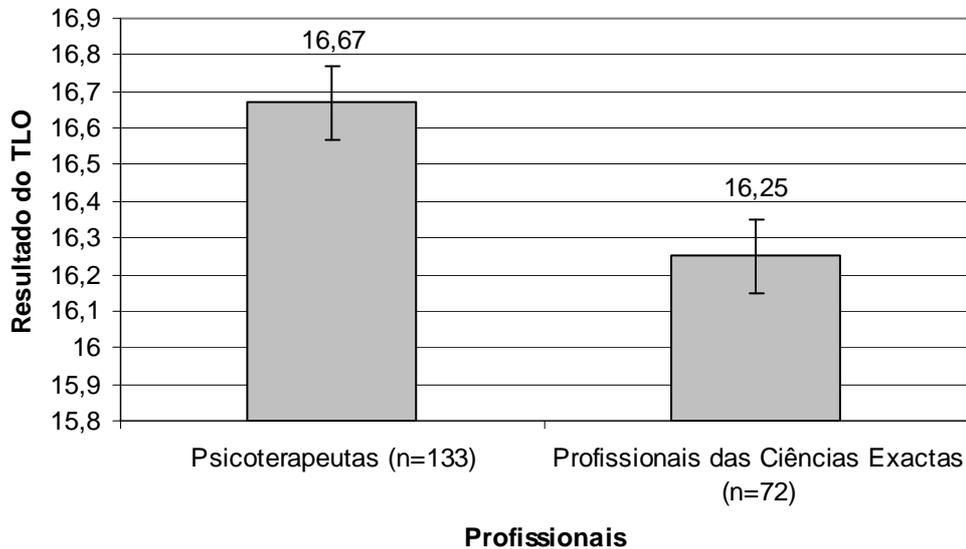


4.3.4. Diferenças entre os psicoterapeutas e os profissionais das ciências exactas

O teste não-paramétrico de Mann-Whitney desconfirmou a hipótese de que os psicoterapeutas teriam resultados melhores do os profissionais das ciências exactas, ao revelou que não existem diferenças significativas entre esses dois grupos ($Z=-1.108$, $p=.268$). Esse resultado indica que a prática da psicoterapia não tem nenhuma influências sobre a competência de ler estados mentais complexos através dos olhos.

Gráfico 4.6.:

Diferenças entre os psicoterapeutas e os profissionais das ciências exactas

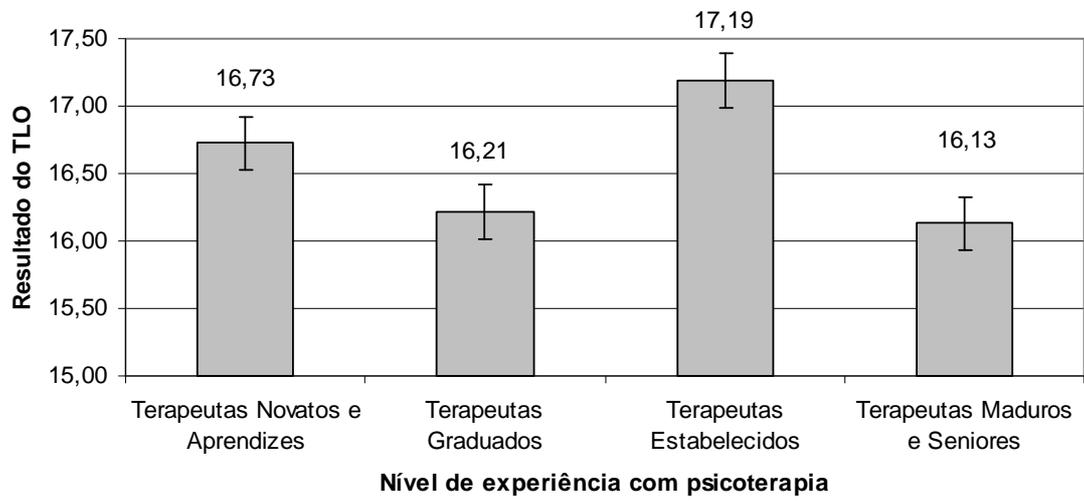


4.3.5. Diferenças entre os psicoterapeutas em relação ao nível de experiência

Por fim, no último teste da nossa hipótese de aumento das competências empáticas dos terapeutas ao longo do desenvolvimento profissional, apresentamos com o gráfico 4.7 os resultados dos *scores* do TLO nas diferentes categorias de nível de experiência. Os terapeutas estabelecidos (que tem entre sete e 15 anos de prática) são os que obtiveram os maiores resultados ($\bar{x} = 16,73$; DP = 2,7). Os terapeutas maduros e seniores, que foram agregados em uma mesma categorias para essa análise por contarem com poucos sujeitos, obtiveram os menores *scores* ($\bar{x} = 16,13$, DP = 2,58). Nenhuma dessas diferenças mostrou ser significativa estatisticamente.

Gráfico 4.7.:

Diferenças do desempenho dos terapeutas de diferentes níveis de experiência

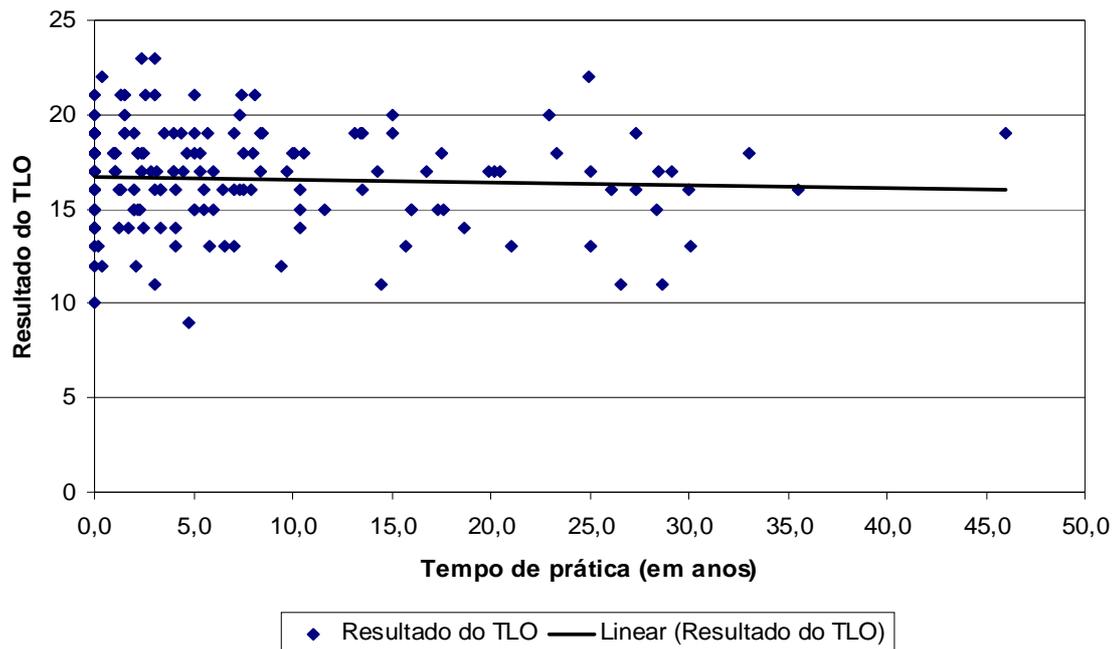


4.4. Tempo de prática em psicoterapia e resultado do TLO

Finalmente, para responder a nossa hipótese principal, de que o tempo de prática em psicoterapia teria um efeito de aumentar as habilidades empáticas dos psicoterapeutas, foi utilizado o teste de correlação de Pearson. O gráfico 5.7 mostra que não há correlação entre as duas variáveis, sendo a hipótese nula rejeitada ($r = -.049$, $p=.53$).

Gráfico 4.8.:

Influência do tempo de prática em psicoterapia na amostra dos psicoterapeutas no resultado do TLO



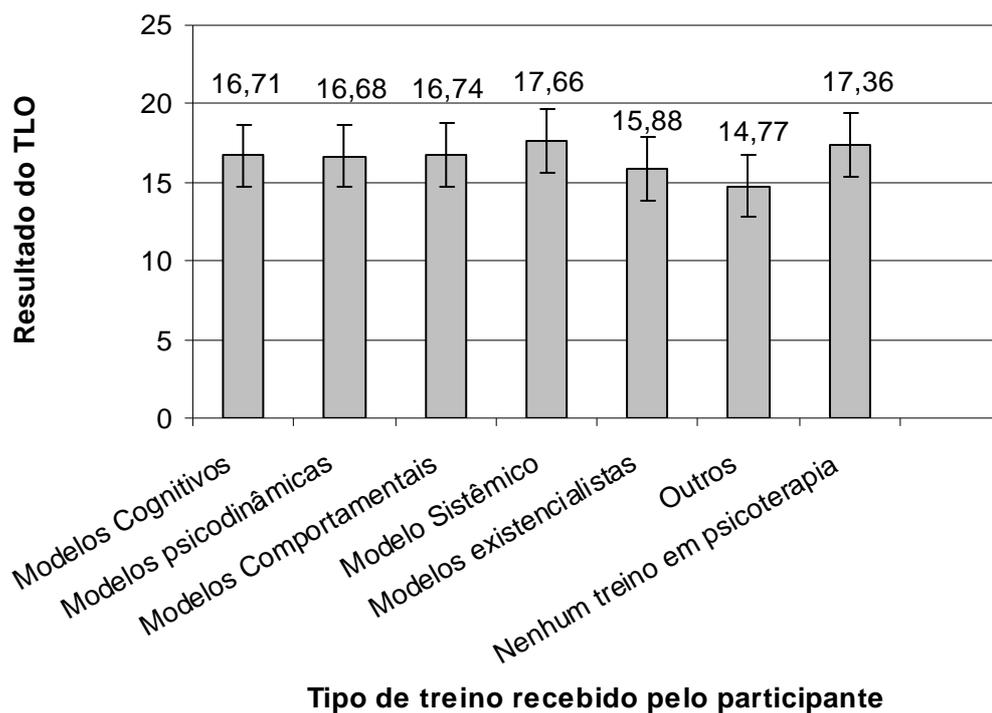
4.5. Tipo de treino recebido e o resultado do TLO

Para testar a hipótese de que o tipo de treino preferencial em um modelo psicoterapêutico estaria associado ao score do TLO, analisamos as diferenças entre

alguns dos grupos. O gráfico 5.8 mostra as médias dos grupos de psicoterapeutas classificados de acordo com o tipo de treino principal que receberam. Como nem todos os grupos apresentavam uma amostra com o tamanho suficiente para uma análise estatística, comparamos os resultados do TLO dos grupos com acima de 25 participantes, nomeadamente os modelos cognitivos (n = 28), os modelos com bases psicanalíticas e psicodinâmicas (n = 57) e os modelos comportamentais (n = 43). O teste de Kruskal-Wallis revelou que essas diferenças não são significativas [$\chi^2 (2)=.081$, p=.96].

Gráfico 4.9.:

Médias do resultado do TLO dos psicoterapeutas de acordo com o tipo de treino que receberam



5. Discussão

Em um primeiro olhar, as médias dos resultados do Teste de Leitura dos Olhos (TLO) entre as diferentes categorias profissionais indicam que as diferenças tendem para a direção esperada. Seguindo a linha de raciocínio do “desenvolvimento psicológico acelerado”, tal como apresentada em nossa introdução e revisão teórica, os psicoterapeutas obtiveram, de facto, os melhores resultados no desempenho do TLO. Foram seguidos, por ordem, pelos psicólogos não-psicoterapeutas, pelos estudantes em psicologia e pelos estagiários em psicologia. Logo a seguir vieram os profissionais de exactas e os estudantes das exactas. Entretanto, essas diferenças foram longe de serem significativas.

Notamos ainda uma leve tendência para que os profissionais e estudantes das ciências psicológicas obtivessem resultados maiores do que os profissionais e estudantes das ciências exactas. Novamente, essas diferenças não são significativas.

Ao compararmos os estudantes de psicologia com os estudantes das ciências exactas tínhamos em mente a idéia de perceber se a escolha de uma profissão em detrimento da outra poderia ser influenciada, já à partida, pela habilidade empática que o indivíduo possuísse. Essa idéia encontra algum suporte empírico em outras investigações em Teoria da Mente (ToM) que utilizam os constructos de empatização e sistematização e utilizam as respectivas medidas (Focquaert et al., 2007; Billington, Baron-Cohen & Wheelwright, 2007; Carroll & Yung, 2006). Nesses estudos encontram que os estudantes das ciências humanas tendem a ter um estilo cognitivo ser mais empáticos e os estudantes das ciências exactas tendem a ter um estilo cognitivo mais sistemático. Entretanto, obtivemos em nosso estudo diferenças estatisticamente insignificantes entre estudantes das ciências exactas e os da psicologia. Era esperado que a não diferença entre os estudantes das duas áreas do conhecimento nos ajudasse a perceber se uma possível diferença do desempenho do TLO entre os profissionais das duas áreas se explicaria pela prática em psicoterapia.

Tendo a hipótese de que o treino e a prática da psicoterapia, por causa do exercício quotidiano de empatizar com o cliente, possibilitariam um “desenvolvimento acelerado” dessa habilidade, testamos as diferenças entre os profissionais das ciências

exactas e os psicoterapeutas. De qualquer forma, estas diferenças também não foram significativas, não permitindo concluir diferenças na habilidade de empatizar entre os psicoterapeutas e os outros profissionais.

Também poderíamos pensar que se nossa hipótese do desenvolvimento acelerado estivesse correcta, os psicoterapeutas teriam resultados maiores do que os estudantes de psicologia, por causa da prática da psicoterapia. Essa comparação é teoricamente interessante uma vez que podemos pressupor que os dois grupos compartilham de características psicológicas semelhantes. De novo, as diferenças obtidas foram na direção esperada, com os psicoterapeutas obtendo melhores desempenhos, mas não houve nenhuma significância estatística.

Uma maneira de termos a certeza de que o tempo de prática em psicoterapia não influi em nada com o desempenho no TLO foi compararmos as médias do resultado dos diferentes grupos divididos pelo tempo de prática. Notamos aqui que não há nenhum padrão que indique que o tempo de prática esteja relacionado com o desempenho no TLO. Isso é confirmado pelo teste de correlação entre os anos de prática e o *score* do TLO, que não foi significativo. Ou seja, não importa em que momento da carreira profissional o psicoterapeuta se encontra, a medida em que ele acerta mais ou menos no teste se dá aleatoriamente.

Por fim, nossa última hipótese foi a de que o resultado poderia variar de acordo com o tipo de treino que o psicoterapeuta havia recebido. Ao compararmos as médias entre os psicoterapeutas treinados em diferentes abordagens da psicoterapia, notamos que isso não aconteceu. Este resultado indica que a forma como o terapeuta é treinado (pressupondo que diferentes abordagens vão privilegiar tipos de treinos diferentes) parece não influenciar a primeira ordem da ToM.

Nossos resultados estão em continuidade com os de outros estudos citados na literatura. Hassenstab et al. (2007), utilizando o TLO também não encontraram nenhuma diferença na ToM de primeira ordem. O que eles encontraram foram diferenças entre profissionais na empatia verbal.

Em Machado, Beutler & Greenberg (1999) os terapeutas mais experientes tiveram melhores desempenhos nas tarefas não-verbais de reconhecimento de emoções, o que não aconteceu em nosso estudo. A tarefa era também de natureza não verbal. Uma

diferença entre os dois estudos é que, ao contrário do que fizemos, os autores utilizaram um material de sessões de psicoterapia. Isso pode fazer com que psicoterapeutas, de facto, realizem melhor essa tarefa, uma vez que ela é contextualizada.

Dziobek et al. (2005) encontrou uma média semelhante entre uma amostra de 22 videntes quando comparado com controles de outras profissões, tendo os primeiros acertado médias semelhantes às nossas assim como os nossos controles. Como também aconteceu em nosso estudo, não houve diferenças significativas entre estes grupos no desempenho do TLO.

Uma possível explicação para os nossos resultados é o Teste de Leitura dos Olhos não ter sido capaz de detectar diferenças tão subtis entre esse tipo de profissionais. Para um futuro estudo, para conseguirmos detectar diferenças da competência empática entre profissionais com mais ou menos experiência em psicoterapia (se é que essas diferenças existem!) deveríamos usar algum tipo de avaliação mais robusto do que o TLO. Apesar dos autores afirmarem que esse teste detectaria diferenças subtis (Baron-Cohen, 2001) isso pode não ter sido o caso quando se tratou de nossa amostra, composta por sujeitos socialmente funcionais. São sugeridos outros testes na literatura que talvez captem com mais fineza essa possível diferença, tais como o *Empathy Quotient* e o *Systemizing Quotient*, em relação aos quais não tínhamos conhecimento quando iniciamos este estudo.

Tendo em vista que a ToM é uma habilidade social, tal como vimos em nossa revisão da literatura e tendo em vista que a nossa amostra foi composta por profissionais de nível superior, podemos hipotetizar que eles tenham um nível de funcionamento social minimamente adequado. É provável e faz sentido que todos desenvolvam a capacidade de reconhecer os estados emocionais em outras pessoas, independente da profissão. Por fim, se pensarmos que a maioria de definições do que é psicoterapia e o que é ser psicoterapeuta inclui o factor da interação humana (Rogers, 1957; Orlinsky & Rønnestad, 2005) não parece estranho o facto dos terapeutas não se diferenciarem dos engenheiros. Tendo em vista que a ToM está presente na maioria das interações humanas, como vimos em nossa revisão sobre o tema, podemos esperar que há terapeutas mais empáticos e terapeutas menos empáticos assim como há outros

profissionais mais ou menos empáticos em geral. Em outras palavras, talvez não seja essa forma específica de empatia, de facto, uma habilidade exclusiva da psicoterapia.

Restaria saber que tipo de habilidades que são desenvolvidas pelos psicoterapeutas que talvez não sejam tão úteis em outros contextos. O estudo de Machado, Beutler & Greenberg (1999) indica que os psicoterapeutas se saem melhor em uma tarefa de empatia relacionada à psicoterapia, nomeadamente, quando pede que os participantes do estudo avaliem o tipo e a intensidade da emoção de vinhetas clínicas.

Assim, uma limitação de nosso estudo está relacionado à validade ecológica do nosso instrumento de avaliação. De uma maneira geral o Teste de Leitura dos Olhos já sofre algumas críticas por apresentar figuras de expressões oculares estáticas, quando na vida real as pessoas apresentam expressões dinâmicas (Tirapu-Ustárrroz, 2007). Essa crítica é ainda mais pertinente em nosso estudo, uma vez que temos como objectivo perceber a empatia do psicoterapeuta.

Assim, dada a complexidade na definição de empatia, tal como apontada em nossa revisão da literatura, seria importante medir esse constructo de uma forma mais global, tal como fez Machado, Beutler & Greenberg (1999) e Hassenstab et al. (2007) e como geralmente é feita na investigação em empatia. Talvez a delimitação em medir apenas uma faceta da empatia, tal como o fizemos, seja por demasiado simples e pouco esclarecedora. Futuros estudos deveriam medir outras habilidades empáticas apresentadas pelos terapeutas e utilizar uma diversidade maior de medidas.

Por outro lado, utilizar um único instrumento para avaliar a empatia nos permitiu um grande diferencial em relação aos estudos anteriores com a primeira ordem da Teoria da Mente em psicoterapeutas, nomeadamente que nossa amostra tivesse um tamanho consideravelmente maior. O estudo não permite que afirmemos categoricamente como o faz Rogers (1957) que a habilidade da empatia é algo com que o terapeuta “nasce” ou não nasce. Por outro lado, nos permite afirmar que os psicoterapeutas não diferem de outros profissionais em relação à primeira ordem da ToM tal como medida por esse teste. Também ficou claro que essa não é uma competência que parece se desenvolver com a experiência em psicoterapia, uma vez que não houveram diferenças entre os terapeutas jovens e os experientes.

O estudo confirmou os resultados de Hassenstab et al. (2007) e tornou mais claro para os investigadores que se há alguma faceta da empatia que venha a se desenvolver com a prática da psicoterapia, esta não parece ser a primeira ordem da Teoria da Mente. Ainda em linha com Hassenstab et al., (2007) futuros estudos deveriam focar em perceber outras facetas da empatia terapêutica que envolvessem mais aspectos verbais. Um exemplo poderia ser os tipos de empatia terapêuticas propostos por Bohart & Greenberg (1997), nomeadamente o “*rapport* empático”, o “entendimento próximo da experiência do mundo do cliente” ou “sintonia comunicativa”. É claro que do ponto de vista da investigação em psicoterapia, os estudos ficam enriquecidos se os investigadores se esforçarem por contextualizar as avaliações em situações de interações com clientes, tal com fez Machado, Beutler & Greenberg, 1999.

Nosso estudo indica que não parece ser tão importante para o desenvolvimento dessa competência empática em específico o treino e nem a experiência profissional como psicoterapeuta. Isso vai em linha com Rogers (1957) que defende que essa característica é algo que o terapeuta deve possuir antes de ingressar na profissão, ou em outras palavras, essa é uma característica da pessoa que precede o profissional.

Orlinsky & Rønnestad (2005), utilizando uma metodologia diferente da nossa parecem confirmar a posição de Rogers (1957) e os resultados encontrados em nosso estudo. As habilidades básicas necessárias para relacionar-se com o cliente foram avaliadas pelos participantes como tendo sofrido pouca mudança desde o começo da carreira até o momento da avaliação. Exemplos dessas habilidades envolvem o empatizar com os clientes que têm pouco em comum, comunicar o entendimento e a preocupação com os clientes, e detectar reações emocionais dos clientes face ao terapeuta. Isso aconteceu porque os terapeutas relatavam que essa já era uma competência que sempre tiveram e que continuam a ter. Os autores atribuem essa habilidade como sendo “o talento natural de ajudar os outros que os psicoterapeutas trazem para sua profissão (Orlinsky & Rønnestad, 2005, p. 112). É claro que é necessário termos um certo cuidado com essa afirmação. Nosso estudo confirma que a *habilidade específica de reconhecer os estados mentais em outras pessoas* não está relacionada com o treino em psicoterapia ou a prática dessa profissão. Rogers (1957) e Orlinsky & Rønnestad (2005) tinham um conceito mais amplo de empatia do que aquele

empregue por nós. Além disso, há investigação que mostra que os psicoterapeutas se saem melhor do que outros profissionais em outras tarefas de empatia, por exemplo, tarefas verbais (Hassentab, 2007) e tarefas mais relacionadas com a prática clínica, o que permanece por explicar.

Além dos resultados acima, directamente ligados ao estudo do psicoterapeuta alguns resultados significativos foram encontrados, apesar destes terem sido periféricos à nossa questão de investigação. Acreditamos que esses podem vir a contribuir com a área do desenvolvimento da ToM.

Em primeiro lugar, encontramos diferenças significativas entre os participantes do sexo masculino e do sexo feminino no resultado o TLO, favorecendo as mulheres. Esse resultado foi esperado, tal como nos informa consistentemente a literatura na área da Teoria da Mente (Baron-Cohen, 2008; Andrew, Cooke, & Muncer, 2008; Carroll, & Yung, 2006; Nettle, 2007; Billington, Baron-Cohen & Wheelwright, 2007; Focquaert et al., 2007). As mulheres se saem melhores em tarefas de ToM, inclusive quando são feitas comparações entre mais de uma cultura (Wakabayashi et al., 2007; Wakabayashi, Baron-Cohen & Wheelwright, 2006). Essa tendência é também encontrada na literatura, quando são usadas outras medidas de empatia como por exemplo em todas as subescalas do *Interpersonal Reactivity Index*.

Também foi encontrado uma correlação negativa estatisticamente significativa entre a idade e o resultado do TLO. Isso significa curiosamente que quanto menor é a idade, maior é o score do TLO, na amostra global dos participantes da investigação, que inclui também pessoas de outras profissões. Podíamos pensar que o efeito da idade só foi significativo por causa do tamanho da amostra. Em termos estatísticos, apesar de significativa a correlação negativa encontrada foi muito pequena e fica difícil saber como essa amostra se comportaria em outras tarefas de ToM. Por essa mesma razão, não é possível saber se encontramos aqui o mesmo declínio que se nota em qualquer teste de natureza cognitiva, não só no Teste dos Olhos (S. Baron-Cohen, comunicação pessoal, em 4 de fevereiro de 2009).

Também é preciso levar em consideração que só foram incluídas em nossa amostra pessoas com mais de 18 anos, por isso, se tivéssemos tido pessoas mais jovens,

talvez esse efeito desaparecesse. Assim como há um declínio nos testes cognitivos com o avanço da idade, o mesmo parece acontecer com pessoas muito mais novas. Assim teríamos uma função em forma de u invertida, que não seria detectável com uma correlação (I. Dziobek, comunicação pessoal, 06 de fevereiro de 2009).

Utilizando de uma conceptualização e uma metodologia de avaliação diferente, nosso estudo contradiz os resultados de Happé, Winner, Brownell, (1998). Os autores encontram que as pessoas mais idosas de sua amostra obtiveram melhores resultados nas tarefas de ToM propostas por ele. Entretanto, é necessário ter em conta que os autores utilizaram não só uma medida da primeira ordem da ToM, mas também medidas de avaliação da segunda ordem da ToM, que consistiam em pedir aos participantes que explicassem e predizessem o comportamento de personagens. Em nosso estudo, testamos uma habilidade mais específica, por isso não podemos comparar de maneira directa. Ainda assim, essa diferença é mais um indício de que futuros estudos devem se esforçar por incluir mais medidas de avaliação da ToM e de outros componentes da empatia.

Seguindo essa linha de investigação, as diferenças entre os dois estudos podem levantar uma outra questão. Se há um declínio na primeira ordem da ToM e há um aumento na ToM em geral, podemos pensar que a idade ou a experiência de vida favorecem a acuidade das explicações do comportamento das outras pessoas (ToM de segunda ordem, tal como vimos na literatura). No estudo de Hassenstab (2007) ele encontra que terapeutas obtêm resultados melhores em tarefas verbais de empatia, mas ele não compara de acordo com a variável idade. Um futuro estudo poderia tentar separar a ToM de primeira e de segunda ordem e correlacionar com a idade. Isso nos faz questionar se a ToM de segunda ordem não seria uma habilidade que pudesse ser aprendida. Se for uma habilidade passível de aprendizagem, talvez tivéssemos encontrados resultados diferentes daqueles que encontramos aqui. De qualquer forma, mais uma vez, parece que as competências empáticas que envolvem o comportamento verbal são candidatas mais prováveis a se desenvolverem durante uma carreira profissional ou durante uma vida.

Síntese final

A partir da idéia de que a psicoterapia poderia promover um “desenvolvimento acelerado”, buscamos em nossa revisão entender de que forma esse fenómeno poderia acontecer. Os estudos que encontramos eram em sua maioria de natureza descritiva e pouco explicativa. Ao mesmo tempo, a investigação em psicoterapia valoriza muito o conceito de empatia, como uma competência terapêutica transversal a todas as abordagens teóricas e de fundamental importância para o sucesso da psicoterapia. Foi hipotetizado se a competência empática não seria uma candidata para fazer parte da categoria “desenvolvimento psicológico acelerado”. Na impossibilidade de estudarmos o amplo e mal definido conceito de empatia arriscou-se começar por uma habilidade básica de empatia, chamada de primeira ordem da Teoria da Mente (ToM), que corresponde ao reconhecimento dos estados mentais em uma outra pessoa. Além de ter uma definição bem clara, esse conceito conta com uma medida operacionalizada, de simples aplicação, que nos permitiu entrevistar um grande número de pessoas.

Os nossos grupos foram psicoterapeutas com diferentes níveis de experiência e profissionais das ciências exactas. Ao compararmos os psicoterapeutas mais experientes, queríamos saber se a habilidade empática de reconhecer os estados emocionais se desenvolvia à medida que o profissional a exercitava. Em nossa hipótese, profissionais das ciências exercitariam menos essas habilidades e por isso tenderiam a ter desempenhos mais modestos.

Apesar de nossos resultados irem na mesma direcção apontada pela literatura, não foram confirmadas nossas hipóteses iniciais, entretanto indicou novas direcções de investigação a partir de agora. Parece-nos claro que todos os grupos de nosso estudo desenvolveram a ToM de primeira ordem de maneira similiar, o que nos faz questionar se a prática da psicoterapia estaria relacionada com esse desenvolvimento. Provavelmente, se existirem variações individuais, elas não se devem às variáveis profissionais que avaliamos em nosso estudo, nomeadamente, a prática ou não da psicoterapia e os anos de prática nessa mesma profissão.

Nosso estudo contribuiu também para os estudos em ToM. Foi encontrada uma correlação negativa entre a idade e a ToM de primeira ordem, o que contrasta com

estudos que encontram uma correlação positiva com a ToM de segunda ordem. Também confirmamos dados encontrados na literatura que favorecem as mulheres no desempenho dessa tarefa de ToM.

Referências

Andrew, J., Cooke, M., & Muncer, S. J. (2008). The relationship between empathy and Machiavellianism: An alternative to empathizing-systemizing theory. *Personality and Individual Differences*. 44(5), 1203-1211.

Araújo, S. F. (2001). A Ciência Cognitiva e o Problema da 'Folk Psychology'. *Temas de Psicologia*, Ribeirão Preto, 9 (1) , p. 45-53.

Baron-Cohen, S. (1999) Evolution of a theory of mind?. Em: M. Corballis, & S. Lea (orgs.) *The descent of mind: psychological perspectives on hominid evolution*. Oxford University Press.

Baron-Cohen, S. (2003). *The essential difference: Men, women and the extreme male brain*. London: Penguin.

Baron-Cohen, S. (2006). The hyper-systemizing, assortative mating theory of autism. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 30(5), 865-872.

Baron-Cohen, S. (2008). Autism, hypersystemizing, and truth. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*. 61(1), 64-75

Baron-Cohen, S. (2006). Sex and systematizing. *The Psychologist*. 19(2), 80.

Baron-Cohen, S., Jolliffe, T., Mortimore, C., & Robertson, M. (1997). Another advanced test of theory of mind: Evidence from very high-functioning adults with autism or Asperger Syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 813-822.

Baron-Cohen, S., Knickmeyer, R. C., & Belmonte, M. K. (2005). Sex Differences in the Brain: Implications for Explaining Autism. *Science*. 310(5749), 819-823.

Baron-Cohen, S., Richler, J., Bisarya, D., Gurunathan, N., & Wheelwright, S. (2003). The systemizing quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high-functioning autism, and normal sex differences. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London: Series B-Biological Sciences*, 358, 361–374.

Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (2004). The empathy quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 163–175.

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Burtenshaw, A., & Hobson, E. (2007). Mathematical talent is linked to autism. *Human Nature*. 18(2), 125-131

Baron-Cohen, S.; Wheelwright, S.; Hill, J.; Raste, Y.; & Plumb, I. (2001) The “Reading the Mind in the Eyes” Test Revised Version: A Study with Normal Adults, and Adults with Asperger Syndrome or High-functioning Autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 42, No. 2, pp. 241 - 251.

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., & Jolliffe, T. (1997) Is There a "Language of the Eyes"? Evidence from Normal Adults, and Adults with Autism or Asperger Syndrome. *Visual Cognition*, 4(3), pp. 311 – 331.

Beck, A. T., & Alford, B.A. (2000). *O poder integrador da terapia cognitiva*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas.

Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B.F. & Emery, G. (1997) *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Beck, A. T. & Freeman, A. (1993) *Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Benevides-Pereira, A.M. & Jimenez, B.M. (2002). O burn-out em um grupo de psicólogos brasileiros. Em A.M.T. Benevides-Pereira (ed.). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Benavides-Pereira, A. M. T. & Jimenez, B.M. (2003). O Burnout e o Profissional de Psicologia. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1 (1), p. 68-75.

Benevides-Pereira, A. M. T (2003) O Estado da Arte do Burnout no Brasil. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1 (1), p. 4 – 11.

Berman, J. S., & Norton, N. C. (1985). Does professional training make a therapist more effective? *Psychological Bulletin*. 98(2), 401-407.

Beutler, L. E., Bongar, B., & Shurkin, J. N. (1998). *Am I crazy, or is it my shrink? How to get the help you need*. New York, NY, US: Oxford University Press.

Beutler, L. E.; Malik, M.; Alimohamed, S.; Harwood, T. M.; Talebi, H.; Noble, S.; & Wong, E. (2004) Therapist Variables. Em: M. J. Lambert (2004) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley & Sons.

Beutler, L. E.; Machado, P. P.; & Neufeldt, S. A. (1994) Therapist Variables. In: A. E. Bergin, & S. L. Garfield (1994) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Billington, J., Baron-Cohen, S., & Bor, D. (2008). Systemizing influences attentional processes during the Navon task: An fMRI study. *Neuropsychologia*. 46(2), 511-520.

Billington, J., Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (2007). Cognitive style predicts entry into physical sciences and humanities: Questionnaire and performance tests of empathy and systemizing. *Learning and Individual Differences*. 17(3), 260-268.

Bohart, A. C., & Greenberg, L. S. (1997). Empathy and psychotherapy: an introductory overview. In A. C. Bohart, & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered. New directions in psychotherapy* (pp. 3-31). Washington, DC: American Psychological Association. (MODELO CERTO DA APA!)

Bohart, A. C. e Greenberg, L. S. (1997). Empathy: Where do we stand and where do we go from here? In: A. C. Bohart e L. S. Greenberg (Eds.). *Empathy reconsidered*. New

directions in psychotherapy. (3-31). Washington, DC: American Psychological Association.

Borges, L. de O. & Argolo, J.C.T. (2002). Adaptação e validação de uma escala de bem-estar psicológico para uso em estudos ocupacionais. *Avaliação Psicológica*, 1, 17-27.

Branco Vasco, A. (1999). Estudo Internacional sobre o Desenvolvimento dos Psicoterapeutas - Questionário Comum. Collaborative Research Network. Material não publicado.

Burns D. D., Nolen-Hoeksema, S. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: A structural equation model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 60: 441– 449.

Caballo, V. E. (2003). *Manual de avaliação e treinamento das Habilidades Sociais*. São Paulo: Livraria Santos Editora.

Carroll, J. M., & Yung, C. K. (2006). Sex and Discipline Differences in Empathising, Systemising and Autistic Symptomatology: Evidence from a Student Population. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 36(7), 949-957.

Codo, W. (1999) Educação: Carinho e Trabalho – Burn out, a síndrome da desistência do educador. Petrópolis, RJ: Vozes.

Consoli, A. J., & Machado, P.P.P. (2004). ¿Los psicoterapeutas, nacen o se hacen? Las habilidades naturales y adquiridas de los psicoterapeutas: implicaciones para la selección, capacitación y desarrollo profesional. In H. Fernández-Álvarez, & R. Opazo (eds.). *La integración en psicoterapia* (pp. 385-451). Barcelona: Paidós.

Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J., Beck, A., Carroll, K., Perry, K., Luborsky, L., McLellan, A., Woody, G., Thompson, L., Gallagher, D., & Zitrin, C. (1991) Meta-Analysis of Therapist Effects in Psychotherapy Outcome Studies. *Psychotherapy Research*, 1 (2), pp. 81 - 91.

De Jou, G. I. & Sperb, T. M. (1999) Teoria da Mente: diferentes abordagens. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12 (2): p. 287-306.

Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (1999). *Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação*. Petrópolis: Vozes.

Dlugos, R. F., & Friedlander, M. L. (2001). Passionately committed psychotherapists: A qualitative study of their experience. *Professional Psychology: Research & Practice*, 32, 298-304.

Domes, G., Heinrichs, M., Michel, A., Berger, C., & Herpertz, S. C. (2006). Oxytocin Improves “Mind-Reading” in Humans. *Biological Psychiatry*, vol. 61 (6): pp. 731-733.

Dryden, W. (2002) *Up close and personal*. London: PCCS Books

Duan, C., & Hill, C. E. (1996). The current state of empathy research. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 261-274.

- Dziobek, I., Rogers, K., Fleck, S., Hassenstab, J., Gold, S. Wolf, O. T., & Convit, A. (2005) In search of “master mindreaders”: Are psychics superior in reading the language of the eyes? *Brain and Cognition*. 58, p. 240–244.
- Eysenk, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Falcone, E. (1999). A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 1 (1), p. 23-32.
- Falcone, E. M. O. (2003). As habilidades sociais do terapeuta cognitivo-comportamental na interação com pacientes difíceis. In: Almir Del Prette; Zilda A. Pereira Del Prette. (Org.). *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: Questões conceituais, avaliação e intervenção*. 1ª ed. Campinas: Alínea, p. 147-164.
- Falcone, E. M. O. (2006). A dor e a delícia de ser um terapeuta: considerações sobre o impacto da psicoterapia na pessoa do profissional de ajuda. In: Hélio José Guilhardi; Noreen Campbell de Aguirre. (Org.). *Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade*. Santo André: ESETec, v. 17, p. 135-145.
- Fernandes, E. & Gonçalves, O. (2001). Encontro de Narrativas Terapêuticas: memórias do terapeuta activadas durante o processo de recordação do cliente. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1(1), 53-72.
- Fernandes, E. & Maia, A. C. (2008). Impacto do exercício de psicoterapia nos psicoterapeutas. *Análise Psicológica*, 1(26): p. 47-58.
- Feshbach, N. D. (1997) Empathy: The Formative Years and Implications for Clinical Practice. In: A. C. Bohart e L. S. Greenberg (Eds.). *Empathy reconsidered. New directions in psychotherapy*. (pp. 33 - 59). Washington, DC: American Psychological Association.
- Field, A. P. (2005). *Discovering statistics using SPSS* (second edition). London: Sage publications.
- Focquaert, F., Steven, M. S., Wolford, G. L., Colden, A., & Gazzaniga, M. S. (2007). Empathizing and systemizing cognitive traits in the sciences and humanities. *Personality and Individual Differences*. 43(3), 619-625.
- Goldberg, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Goldstein, A., & Michaels, G. (1985). *Empathy: development, training, and consequences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Goleman, D. (1996). *Inteligência Emocional*. Rio de Janeiro: Editora Objetiva.
- Guy, J. D. (1987). *The personal life of the psychotherapist*. New York: Wiley.
- Happé, F. G. E.; Winner, E.; Brownell, H. (1998) The getting of wisdom: Theory of mind in old age. *Developmental Psychology*. Vol 34(2), p. 358-362.

- Hassenstab, J, Dziobek, I., Rogers, K., Wolf, O. T. & Convit, A. (2007) Knowing What Others Know, Feeling What Others Feel: A Controlled Study of Empathy in Psychotherapists. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 195: pp. 277–281
- Hill, C. E., & Lent, R. W. (2006). A narrative and meta-analytic review of helping skills training: Time to revive a dormant area of inquiry. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 43(2), 154-172.
- Hill, C. E. & Knox, S. (2009) Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 19(1): 13-29.
- Horvath, A. (2006) The Alliance in Context: Accomplishments, Challenges, and Future Directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2006, Vol. 43, No. 3, 258–263.
- Ivey, A. E., Ivey, M. B., & Simek-Morgan, L. (1993). *Counselling and Psychotherapy: a multicultural perspective*. Boston: Allyn and Bacon.
- Ivey, A. E. (1994). *Intentional interviewing and counselling: facilitating client development in a multicultural society*. Pacific Grove: Brooks/ Cole Publishing Company.
- Jennings, L. & Skovholt, T. M. (1999). The Cognitive, Emotional, and Relational Characteristics of Master Therapists. *Journal of Counseling Psychology*, 46 (1), 3-11.
- Kreutz, G., Schubert, E., & Mitchell, L. A. (2008). Cognitive styles of music listening. *Music Perception*. 26(1), 57-73).
- Kuyken, W., Orley, J., Hudelson, P., & Sartorius, N. (1994). Quality of life assessment across cultures. *International Journal of Mental Health*. 23(2), 5-27.
- Maluf, M. R., Deleau, M., Pancieira, S. D. P., Valério, A., Domingues, S. F. S., (2004). A Teoria da Mente: mais um passo para a compreensão da mente das crianças. In: M. R. Maluf (org.) *Psicologia Educacional: Questões contemporâneas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lafferty P., Beutler E. L., Crago, M. (1989) Differences between more and less effective psychotherapists: A study of select therapist variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57:76–80.
- Lambert & Ogles, (2004). ?????? In: M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed.). (pp. 307 – 389). New York: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J. (1989). The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome. *Clinical Psychology Review*. 9(4), 469-485.
- Lee, L., Harkness, K. L., Sabbagh, M. A., Jacobson, J. A. (2005) Mental state decoding abilities in clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, 86(2), p. 247-258.

Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Mintz, J., & Auerbach, A. (1988). *Who will benefit from psychotherapy?: Predicting therapeutic outcomes*. New York, NY, US: Basic Books.

Machado, C. (2004). Intervenção, psicológica com vítimas de crimes: Dilemas teóricos, técnicos e emocionais. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 4(2), 399-411.

Machado P., Beutler L.E., Greenberg L.S. (1999) Emotion recognition in psychotherapy: Impact of therapist level of experience and emotional awareness. *Journal of Clinical Psychology*. 55:39 –57.

Mahoney, M. J. (1998). *Processos Humanos de Mudança: As bases científicas da psicoterapia*. Porto Alegre: Artmed.

Mosley, E. (2005) Sex and Systemizing. *The Psychologist*, 18(12), 725.

Nettle, D. (2007). Empathizing and systemizing: What are they, and what do they contribute to our understanding of psychological sex differences? *British Journal of Psychology*. 98(2), 237-255.

Orlinsky, D. E. (1989). Researchers' images of psychotherapy: Their origins and influence on research. *Clinical Psychology Review*. 9(4), 413-441.

Orlinsky, D., Ambühl, H., Rønnestad, M., Davis, J., Gerin, P., Davis, M., Willutzki, U., Botermans, J., Dazord, A., Cierpka, M., Aapro, N., Buchheim, P., Bae, S., Davidson, C., Friis-Jorgensen, E., Eunsun, J., Kalmykova, E., Meyerberg, J., Northcut, T., Parks, B., Scherb, E., Schröder, T., Shefler, G., Stiwne, D., Stuart, S., Tarragona, M., Vasco, A. B., Wiseman, H. & Network, SPR Collaborative Research (1999). Development of Psychotherapists: Concepts, Questions, and Methods of a Collaborative International Study. *Psychotherapy Research*, 9:2, 127 – 153.

Orlinsky, D. E., Botermans, J.-F., & Rønnestad, M. H. (2001). Towards an empirically grounded model of psychotherapy training: Four thousand therapists rate influences on their development. *Australian Psychologist*. 36(2), 139-148.

Orlinsky, D. E., Rønnestad H. M. & the Collaborative Research Network of the Society for Psychotherapy Research (2005). *How Psychotherapists Develop – a study of therapeutic work and professional growth*. American Psychological Association, Washington DC.

Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change In: M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed.). (pp. 307 – 389). New York: John Wiley & Sons.

Poeschl, G. (2006). *Análise de dados na investigação em psicologia: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.

Pasquali, L., Gouveia, V. V., Andriola, W. B., Miranda, F. J. & Ramos, A. L. M. (1994). Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG): adaptação brasileira. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 10, 421-437.

Pavarino, Del Prette & Del Prette, 2005

Premack, D. & Woodruff, G. (1978). Does chimpanzee have a theory of mind? *Behavior Brain Sciences*, 1(4), p.515-526.

Project MATCH Research Group (1998). Therapist effects in three treatments for alcohol problems. *Psychotherapy Research*, 8(4), 455-474.

Radeke, J. T., & Mahoney, M. J. (2000). Comparing the personal lives of psychotherapists and research psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*. 31 (1):82-84.

Rogers, C. R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (6) 827-832.

Rogers, C. R. (1975). Empathy: An unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*, 5(2), 2–10.

Rogers, C. R. (1992). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 827-832.

Rogers, C. R. (2007). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 44(3), 240-248.

Rønnestad, M. H., & Ladany, N. (2006). The impact of psychotherapy training: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research*. 16(3), 261-267.

Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (1991). En modell for profesjonell utvikling og stagnasjon hos terapeuter og rådgivere. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* [The professional development and stagnation of psychotherapists and counselors] 8(7), 555-567.

Sartorius, N., & Kuyken, W. (1994). Translation of health status instruments, In J. E. Orley & W. Kuiken (eds.). *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. Springer Verlag, Berlin.. pp. 3-18.

Siqueira, M. M. & Martins, M. C. F. (1999). Construção e validação fatorial da EAPN: Escala de ânimo positivo e negativo. *Revista da Sociedade de Psicologia do Triângulo Mineiro*, 2 (3): 34 – 39.

Starrin, B., Larsson, G., & Styrborn, S. (1990). A review and critique of psychological approaches to the burn-out phenomenon. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 4(2), 83-91.

Sarriera, J. C., Schwarcz, C. & Câmara, S. G. (1996). Bem-estar psicológico: análise fatorial da escala de Goldberg (GHQ-12) numa amostra de jovens. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 9, 293-306.

Shlien, J. (1997). Empathy in Psychotherapy: a vital mechanism? Yes. Therapist's conceit? All too often. By itself enough? No. Em: Greenberg, L. S. & Bohart, A. C.

Empathy reconsidered. New directions in psychotherapy. Washington, DC: American Psychological Association.

Skinner, B. F. (1989). *Ciência e Comportamento Humano*. São Paulo: Martins Fontes Editora.

Smith, J., Staudinger, U. M., & Baltes, P. B. (1994). Occupational settings facilitating wisdom-related knowledge: The sample case of clinical psychologists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(5), 989-999.

Tirapu-Ustárrroz, J., Pérez-Sayes, G., Erekatxo-Bilbao, M., Pelegrín-Valero, C. (2007). ¿Qué es la teoría de la mente? *Revista de Neurología*, 44(8): p. 479-489.

Tavares, S. (2008) Uma perspectiva dialógica do papel social do psicoterapeuta. Tese de Doutoramento Não Publicada. Universidade do Minho, Portugal.

Wakabayashi, A., Baron-Cohen, S., Uchiyama, T., Yoshida, Y., Kuroda, M., & Wheelwright, S. (2007). Empathizing and systemizing in adults with and without autism spectrum conditions: Cross-cultural stability. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(10), 1823-1832.

Wakabayashi, A., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S. (2006). Individual and gender differences in Empathizing and Systemizing: Measurement of individual differences by the Empathy Quotient (EQ) and the Systemizing Quotient (SQ). *Japanese Journal of Psychology*, 77(3), 271-277.

Anexos

Apresentação

Olá, estamos pedindo sua colaboração para a recolha de dados no âmbito da minha dissertação de mestrado em Psicologia Clínica da Universidade do Minho, Portugal.

Estamos cientes de que o seu tempo é precioso, por isso valorizamos muito a sua colaboração. Obrigado! Além de me ajudar em minha dissertação, você está nos ajudando a entender melhor uma habilidade importante na área da psicologia clínica e da psicoterapia, que é o reconhecimento das emoções. Esperamos que isso contribua para podermos treinar melhor os psicoterapeutas do futuro.

Primeiro pediremos para que você preencha alguns dados pessoais e da sua prática profissional. Em seguida você fará uma tarefa de reconhecimento de emoções através de fotografias de olhos. Essa tarefa levará aproximadamente 15 minutos. Em retribuição, nós forneceremos os resultados do teste que você vai fazer e o tempo que levou para fazê-lo.

Todos os dados fornecidos aqui são estritamente confidenciais e o sistema está programado de forma que não o identifique.

Mais uma vez, obrigado por colaborar!

Pesquisadores: Rodrigo da Cunha Teixeira Lopes e Profa. Dr. Eugénia Fernandes



Iniciar teste

Anexo 02. Ficha de Identificação do Participante e Consentimento Informado

* Campos Obrigatorios

Nome:

*E-Mail:

Estado:

*Data Nasc.:

Estado Civil:

Sexo:

Consentimento Informado

Declaro ter lido as informações acima e consinto em participar deste estudo. Estou ciente de que todos os dados serão tratados de maneira confidencial. Declaro que essa é a primeira vez que participo dessa pesquisa.

Para participar da pesquisa você tem que ser brasileiro ou falante do português do Brasil. Você se encaixa em uma dessas categorias?

- Sim
- Não

Anexo 03. Instruções para o Teste de Leitura dos Olhos

Instruções

Estamos chegando ao fim da pesquisa. A próxima etapa consiste em escolher, para cada par de olhos como o abaixo



aquela palavra que melhor descreve o que a pessoa na figura está pensando ou sentindo. Você pode sentir que mais de uma palavra se aplica, mas por favor, escolha somente **uma** palavra, aquela que você considera mais adequada.

Antes de fazer a sua escolha, tenha certeza que você leu todas as 4 palavras. Faça, por favor, o teste de uma só vez. O seu tempo será contado, mas tente ser o mais acurado possível em suas respostas. Se você não sabe o que significa alguma das palavras, você pode olhar no glossário.

Essa tarefa levará entre 7 a 10 minutos.

Proximo

Definição das palavras

	Definição
1 Acusador(a)	Que acusa O policial estava <i>acusando</i> o homem de roubar uma carteira.
2 Afetuoso(a)	Demonstrando afeto para alguém A maioria das mães é <i>afetuosa</i> com os seus bebês dando-lhes muitos beijos e afagos.
3 Espantado(a)	Horrorizado, surpreendido, alarmado Jane ficou <i>espantada</i> quando descobriu que sua casa tinha sido roubada.
4 Alarmado(a)	Amendrotado, preocupado e cheio de ansiedade Claire ficou <i>alarmada</i> quando ela pensou que estava sendo perseguida no caminho de casa.
5 Achando graça	Achando alguma coisa divertida. Eu achei graça da piada que alguém me contou.
6 Irritado(a)	Aborrecido(a), desconfortável. O Jack ficou <i>irritado</i> quando ele descobriu que perdeu o último ônibus para casa.
7 Na expectativa	Antecipando No início da partida de futebol, os torcedores estavam <i>na expectativa</i> de um gol rápido.
8 Ansioso(a)	Preocupado(a), tenso(a), incomodado A estudante estava se sentindo <i>ansiosa</i> nas vésperas dos exames finais.
9 Pesaroso	Apologético, sentindo muito por alguma coisa, pedindo desculpas O garçom estava muito <i>pesaroso</i> quando ele derramou sopa no cliente.
10 Arrogante	Convencido de si próprio, com uma opinião exagerada de si mesmo O homem <i>arrogante</i> pensou que sabia mais sobre política que todo mundo na sala.
11 Envergonhado(a)	Culpado, embaraçado O garoto sentiu-se <i>envergonhado</i> quando a sua mãe o pegou roubando dinheiro de sua bolsa.
12 Assertivo(a)	Confiante, dominante, seguro de si mesmo A mulher <i>assertiva</i> demandou que a loja lhe desse o dinheiro de volta.
13 Perplexo(a)	Confuso, intrigado Os detetives estavam completamente <i>perplexos</i> com o caso do assassinato.
14 Desnorteado(a)	Muito confuso, intrigado A criança ficou <i>desnorteada</i> quando estava visitando a cidade grande pela primeira vez.
15 Cauteloso(a)	Cuidadoso, preocupado Sarah sempre foi <i>cautelosa</i> quando conversa com alguém que não conhece.

- 16 Consolador(a)** Consolador, confortante
A enfermeira *consolou* o soldado ferido.
- 17 Preocupado(a)** Preocupado, agitado
O médico ficou *preocupado* quando o seu paciente piorou.
- 18 Confiante** Seguro de si mesmo, acreditando em si mesmo
O jogador de tênis estava *confiante* em ganhar a partida.
- 19 Confuso(a)** Intrigado, perplexo
Lizzie estava tão *confusa* com as direções que lhe deram, que ela acabou se perdendo.
- 20 Contemplativo(a)** Reflexivo, pensativo, considerando
João estava com um humor *contemplativo* na noite do seu 60º aniversário.
- 21 Satisfeito(a)** Contento
O David se sentiu muito *satisfeito* depois de uma agradável caminhada e uma boa refeição.
- 22 Convencido(a) de algo** Seguro, com certeza de alguma coisa
O Ricardo ficou *convencido* de que chegou à melhor decisão possível.
- 23 Curioso(a)** Inquisitivo
A Luísa estava *curiosa* para saber o que tinha naquele pacote de formato estranho.
- 24 Decidindo(a)** Tomando uma decisão
O homem estava *decidindo* em quem votar na eleição.
- 25 Decidido(a)** Já com a decisão tomada
A Jana pareceu muito *decidida* quando ela entrou na cabine de votação.
- 26 Desafiador(a)** Insolente, corajoso, audaz, não se importando com o que as pessoas pensam
O protestante continuou *desafiador* depois de ter sido mandado para a prisão.
- 27 Deprimido(a)** Triste, arrasado
O Jorge ficou *deprimido* quando ele viu que não tinha recebido nenhum cartão de aniversário.
- 28 Desejo** Paixão, cobiça, querer algum coisa.
Cátia tinha um forte *desejo* por chocolate.
- 29 Abatido(a)** Melancólico, sem esperança
Gary ficou *abatido* quando soube que não conseguiu o emprego que queria.
- 30 Desapontado(a)** Descontente, desapontado
Os torcedores do Manchester United ficaram muito *desapontados* por não terem ganho o campeonato.
- 31 Desanimado(a)** Mal-humorado, tristonho, para baixo
Adam ficou *desanimado* quando ele chumbou nas provas finais.
- 32 Cismado(a)** Suspica, duvidando, cauteloso
A velhinha estava *cismada* com aquele estranho na sua porta.
- 33 Dominador(a)** No comando, mandão
O sargento manteve uma postura *dominadora* enquanto inspecionava os novos

- recrutas.
- 34 **Desconfiado(a)** Suspica, não acreditando totalmente
Maria estava *desconfiada* se o seu filho estava realmente dizendo a verdade.
- 35 **Duvidoso(a)** Incerto(a), suspeito
Pedro ficou *duvidoso* quando lhe ofereceram uma televisão muito barata no bar.
- 36 **Ávido(a)** Ansioso por
Na manhã de Natal, as crianças estavam *ávidas* por abrir os seus presentes.
- 37 **Determinado(a)** Ter uma intenção séria
Harry era muito *determinado* em relação às suas crenças religiosas.
- 38 **Constrangido(a)** Envergonhado
Depois de esquecer o nome de um colega, Jerry se sentiu *constrangido*.
- 39 **Encorajador(a)** Esperançoso, sensíveis, torcedores
Todos os pais foram *encorajadores* aos seus filhos no dia de esporte na escola.
- 40 **Entretido(a)** Absorvido, tendo prazer com alguma coisa
Eu estava muito *entretido* com o mágico.
- 41 **Entusiasmado(a)** Muito ávido(a), incisivo(a)
Susana se sentiu *entusiasmada* com seu novo plano de ginástica.
- 42 **Fantasiando** Sonhando acordado
Ema estava *fantasiando* em ser uma estrela de cinema.
- 43 **Fascinado(a)** Encantado(a), muito interessado(a)
As crianças ficaram *fascinadas* com as criaturas dos poços perto do mar.
- 44 **Amedrontado(a)** Aterrorizado(a), preocupado(a)
As mulheres se sentiram *amedrontadas* nessas ruas escuras.
- 45 **Flertando** Descarado(a), provocativo(a), galanteador(a), insinuante
Connie foi acusada de *estar flertar* quando ela piscou para um estranho em uma festa.
- 46 **Alvorocado(a)** Confuso(a), nervosa(a) e alterado(a)
Sara se sentiu um pouco *alvorocada* quando ela percebeu o quão atrasada ela estava para a reunião e ainda por cima tinha esquecido um documento importante.
- 47 **Amigável** Sociável, amigável
A menina *amigável* indicou para os turistas o caminho para o centro.
- 48 **Agradecido(a)** Grata
Kelly ficou muito *agradecida* pela gentileza mostrada pelo estranho.
- 49 **Culpado(a)** Se sentindo mal por ter feito algo de errado
Carlos se sentiu *culpado* por ter tido um caso amoroso.
- 50 **Com ódio** Demonstrando raiva e intenso descontentamento
As duas irmãs tinham *ódio* uma da outra e sempre brigavam.
- 51 **Esperançoso(a)** Otimista
Larry estava *esperançoso* que o correio iria trazer boas notícias.
- 52 **Horrorizado(a)** Aterrorizado, chocado

- O homem ficou *horrorizado* em descobrir que a sua nova mulher já era casada.
- 53 Hostil** Não amigável
Os dois vizinhos ficaram *hostis* um com outro por causa de uma briga que tiveram sobre a música alta.
- 54 Impaciente** Inquieto, intranquilo, querendo que algo aconteça em breve
Jane foi ficando cada vez mais *impaciente* enquanto ela esperava por sua amiga, que já estava atrasada mais de meia hora.
- 55 Implorando** Suplicar, pleitear, mendigar
Nicole parecia estar *implorando* enquanto tentava persuadir seu pai para emprestá-la o carro.
- 56 Incrédulo(a)** Não acreditando
Simão estava *incrédulo* quando ele ouviu que ganhou na loteria.
- 57 Indeciso(a)** Incerto, hesitante, incapaz de tomar uma decisão
Tammy era tão *indecisa* que não conseguia nem se decidir sobre o que comer no almoço.
- 58 Indiferente** Desinteressado(a), não responsivo, não se importa
Terry estava totalmente *indiferente* quanto a ir no cinema ou no bar.
- 59 Insistente** Exigente, persistente, tenaz
No final do *happy hour*, Frank *insistiu* que pagasse a conta de todo mundo.
- 60 Insultante** Rude, ofensivo(a)
A torcida *insultou* o juiz depois dele ter dado um *penalty*.
- 61 Interessado** Indagativo, curioso
Depois de assistir ao Jurassic Park, Hüge ficou muito *interessado* em dinossauros
- 62 Intrigado(a)** Muito(a) curioso(a), muito(a) interessado(a)
Uma chamada telefônica misteriosa *intrigou* Zoe.
- 63 Irritado(a)** Exasperado, aborrecido
Frances fica *irritada* com todo o lixo que ela recebe por *e-mail*.
- 64 Invejoso(a)** Ciumento
Tony tinha *inveja* de todos os rapazes mais altos e mais bonitos de sua turma.
- 65 Gozador(a)** Sendo engraçado, de brincadeira
Gary era sempre *gozador* com seus amigos.
- 66 Nervoso(a)** Apreensivo(a), tenso(a), preocupado(a)
Logo antes de sua entrevista de emprego, Alice estava muito *nervosa*.
- 67 Ofendido(a)** Insultado, ferido, magoado
Quando alguém fez uma piada sobre o seu peso, Marta se sentiu muito *ofendida*.
- 68 Em pânico** Angustiado(a), sentimento de terror ou ansiedade
Quando, a caminho de casa, a família encontrou sua casa ardendo em chamas, entrou *em pânico*.
- 69 Apreensivo(a)** Pensando sobre alguma coisa levemente preocupante
Susie parecia *apreensiva* no caminho da casa de seu namorado, onde ia conhecer os

- seus pais pela primeira vez.
- 70 Perplexo(a)** Estupefato(a), intrigado(a), confuso(a)
Frank ficou *perplexo* pelo desaparecimento dos gnomos de seu jardim.
- 71 Brincalhão(ona)** Cheio de animação e diversão
Neil se sentia *brincalhão* em sua festa de aniversário.
- 72 Aflito(a)** Absorto, enveredado em seus próprios pensamentos.
A preocupação com a doença de sua mãe deixou a Debbie *aflita* no trabalho.
- 73 Desorientado(a)** Perplexa, estupefato(a), confusa(a)
Depois de fazer palavras cruzadas por uma hora, Junia ainda ficou *desorientada*.
- 74 Tranqüilizador(a)** Apoiar, encorajar, aumentar a confiança
Andy tentou parecer *tranqüilizador* enquanto ele dizia a sua mulher que o vestido novo ficava bem nela.
- 75 Reflexivo(a)** Contemplativo, pensativo
Jorge estava em um humor *reflexivo* no momento em que pensava o que tinha feito da sua vida.
- 76 Arrependido(a)** Pesaroso
Lee sempre se *arrependeu* de nunca ter viajado quando era mais jovem.
- 77 Relaxado(a)** Em paz, calmo, sem preocupações
Em suas férias, Pam se sentiu feliz e *relaxada*.
- 78 Aliviado(a)** Livre de alguma preocupação ou ansiedade
No restaurante, Ray ficou *aliviado* ao constatar que não tinha esquecido a sua carteira.
- 79 Ressentido(a)** Amargo(a), hostil
O executivo se sentiu muito *ressentido* com o fato do seu colega mais jovem ter sido promovido antes dele.
- 80 Sarcástico(a)** Cínico, zombeteiro, gozador
O comediante fez um comentário *sarcástico* quando alguém entrou atrasado no teatro.
- 81 Satisfeito(a)** Contente, realizado(a)
Steve se sentiu muito *satisfeito* depois que ele conseguiu fazer em seu novo apartamento exatamente o que queria.
- 82 Cético(o)** Duvidoso, suspicaz, não confiar ou acreditar em alguém
Patrick tinha ar de *cético* enquanto alguém lia para ele seu horóscopo.
- 83 Sério(a)** Solene, grave
O gerente do banco pareceu *sério* quando negou um empréstimo para Nigel.
- 84 Severo(a)** Duro(a), rígido(a), firme
A professora parecia mesmo muito *severa* quando estava dando um sermão na turma.
- 85 A suspeitar** Não acreditar, desconfiar, duvidar
Depois de Sam perder sua carteira pela segunda vez no trabalho, ele começou a

- suspeitar* de seus colegas.
- 86 Solidário(a)** Bondoso(a), compassivo(a)
A enfermeira parecia *solidária* quando contou para o paciente as más notícias.
- 87 Hesitante** Inseguro(a), incerto(a), cauteloso
André se sentiu um pouco *hesitante* quando entrou na sala cheio de estranhos.
- 88 Aterrorizado(a)** Alarmado(a), amedrontado(a)
O menino ficou *aterrorizado* quando ele teve a impressão que viu um fantasma.
- 89 Pensativo(a)** Pensar acerca de algo
Felipe parecia *pensativo* quando estava sentado esperando por sua namorada, com quem estava prestes a terminar a relação.
- 90 Ameaçador(a)** Que ameaça, intimida
O homem alto, grande e bêbado estava agindo de uma maneira muito *ameaçadora*.
- 91 Desconfortável** Inseguro(a), apreensivo(a), preocupado(a)
Karen se sentiu levemente *desconfortável* por ter aceitado a carona do homem que ela tinha acabado de conhecer aquele dia.
- 92 Perturbado** Agitado(a), preocupado(a), receoso(a)
O homem estava muito *perturbado* quando sua mãe morreu.
- 93 Preocupado(a)** Ansioso(a), inquieto(a), agitado(a)
Quando o seu gato sumiu, a menina ficou muito *preocupada*.
- 94 Entediado(a)** Não tem definição
- 95 Tímido** Não tem definição
- 96 Animado(a)** Não tem definição